



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ÁREA DE CONHECIMENTO

Relatório de Actividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Mafalda Sofia Jacinto Vicente Dos Santos Dinis

Viseu, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ÁREA DE CONHECIMENTO

PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

Relatório de Actividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Professor Doutor Rui Amaral Mendes

Por:

Mafalda Sofia Jacinto Vicente Dos Santos Dinis

Viseu 2014

“ O que brilha com luz própria, nada pode apagar.”

(Pablo Milaniz)

Dedicatória

Ao meu marido e aos meus 2 filhos,

Por todo o amor e apoio, o meu muito obrigado, foram sempre o meu grande pilar, e o meu perdão pelas imensas horas de vida que não pude partilhar convosco.

Aos meus pais,

Que nunca me abandonaram nesta luta e sempre me apoiaram e me incentivaram para não desistir.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinhos,

Que sempre estiveram presentes, e acreditaram em mim.

Agradecimentos

Ao **Professor Doutor Rui Amaral Mendes**, pela disponibilidade, exigência, orientação, conhecimentos prestados e profissionalismo ao longo destes meses de trabalho. O meu muito obrigada!

À minha **grande amiga e trinómia Graciela**, por todo o apoio, amizade, carinho, incentivo e pelos cinco anos em que ultrapassamos vários obstáculos sempre juntas.

À minha **trinómia Ema e amiga Veronique**, por tudo o que vivemos juntas.

A todos os **meus amigos e colegas** que acompanharam o meu percurso académico e me deram forças para vencer cada etapa.

Aos **professores e funcionários**, pelos conhecimentos transmitidos ao longo destes 5 anos.

Resumo

Este relatório, tem como base a actividade clínica desenvolvida na Faculdade de Ciências da Saúde, na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu.

Decorreu entre o período de 16 de Setembro de 2013 a 31 de Maio de 2014, enquadrado no 5º ano curricular do curso de Medicina Dentária.

O relatório tem como objectivo, proceder à elencação e discussão dos actos clínicos em que estive envolvida, directa e indirectamente, no contexto mais lato da actividade desenvolvida pelo meu trinómio.

Este último ano curricular possibilitou o aperfeiçoamento nas diferentes áreas disciplinares, a nível pedagógico e humano, bem como a possibilidade e a oportunidade de colocar em prática o que aprendi teoricamente durante o curso, tendo em vista a definição de planos de tratamento integrados, que reflitam o Estado da Arte. O contacto com diferentes pacientes foi imprescindível, permitindo-me uma vivência multifacetada de experiências pessoais, profissionais e um profundo enriquecimento da minha actividade clínica.

De uma forma geral, o processo de ensino, aprendizagem em contexto de prática clínica supervisionada foi de encontro aos objectivos delineados inicialmente, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de normas de conduta clínicas no âmbito da Medicina Dentária, indispensáveis á formação básica e com relevante importância no futuro que se avizinha.

Devido à organização e carácter pedagógico da Clínica Dentária Universitária, adquiri ainda mais conhecimentos na área da Medicina Dentária generalista, considerando assim a prática clínica, uma mais valia para o enriquecimento da minha formação como futura médica dentista.

Palavras-chave

Medicina Dentária, Actividade Clínica, Prosthodontia, Odontopediatria, Ortodontia, Cirurgia, Medicina oral, Periodontologia, Dentisteria, Endodontia

Abstract

This report is based on the clinical activity developed in the Faculty of Health Sciences, at the University Clinic of the Universidade Católica Portuguesa in Viseu.

It took place between September 16, 2013 and May 31, 2014, and was inserted in the fifth grade of the Dentistry course.

This report aims to proceed to the enumeration and discussion of the clinical acts in which I was involved, directly or indirectly, in the wider context of the work carried out by my group of work.

The last academic year permitted an improvement in different subject areas, at pedagogical and human levels, as well as the possibility and the opportunity to put into practice what I've learned in theory during the course, considering the definition of integrated treatment plans that reflect the State of the Art. Contact with different patients was vital, allowing me a multifaceted experience of personal and professional challenges and a deep enrichment of my clinical activity.

Generally speaking, the process of teaching and learning in the context of supervised clinical practice met the objectives outlined initially, having in mind the acquisition of knowledge and the development of standards of clinical conduct in the context of dentistry, indispensable to basic training and with relevant importance in the future.

Due to the organization and pedagogical nature of the university dental clinic, I've acquired even more knowledge in what general dentistry is concerned, thus considering the internship course an added value for the enrichment of my training as a future dentist.

Keywords:

Dentistry, Clinical Activity, Prosthodontics, Pediatric Dentistry, Orthodontics, oral Medicine, Surgery, Dentistry, Periodontology, Endodontics

Índice Geral

Glossário de siglas e abreviaturas.....	17
1.Introdução e Enquadramento Teórico.....	19
2. Objectivos e Métodos.....	22
3. Caracterização Geral da Amostra.....	24
4. Actividade Clínica.....	26
a) Odontopediatria.....	28
b) Medicina Oral.....	29
c) Periodontologia.....	31
d) Dentisteria Operatória.....	32
e) Cirurgia Oral.....	34
f) Endodontia.....	35
g) Oclusão.....	36
h) Prótese Removível.....	37
i) Prótese Fixa.....	39
j)Ortodontia.....	41
5. Casos Clínicos Diferenciados.....	42
Caso Clínico 1.....	43
Caso Clínico 2.....	51
Caso Clínico 3.....	58
Caso Clínico 4.....	63
Caso Clínico 5.....	68

6. Discussão.....	74
7. Conclusão.....	83
8. Bibliografia.....	86
9. Anexos.....	91

Índice de Ilustrações

Ilustração 1- Consultas de Odontopediatria.....	28
Ilustração 2- Consultas de Medicina Oral.....	30
Ilustração 3- Consultas de Periodontologia.....	31
Ilustração 4- Tipo de materiais restauradores utilizados em Dentisteria Operatória...32	
Ilustração 5- Classificação das classes restauradoras.....	33
Ilustração 6- Consultas de Cirurgia Oral.....	34
Ilustração 7- Consultas de Endodontia.....	35
Ilustração 8- Consultas de Oclusão.....	36
Ilustração 9- Próteses elaboradas em Prótese Removível.....	38
Ilustração 10- Consultas de Prótese Fixa.....	40
Ilustração 11- Consultas de Ortodontia.....	41

Índice de imagens

Figura nº. 1- Ortopantomografia do paciente do caso clínico 1.....	44
Figura nº. 2- Raio-x inicial do dente 22 caso clínico 1.....	44
Figura nº. 3- Odontoma complexo no dente 22 caso clínico 1.....	45
Figura nº. 4- Dente após a remoção do odontoma complexo caso clínico 1.....	45
Figura nº. 5- Dente 22 após a remoção do odontoma e já restaurado a compósito caso clínico 1.....	46
Figura nº. 6- Dente 22 após cirurgia e restauração caso clínico 1.....	46
Figura nº. 7- Fragmento enviado para biópsia (tecido mole e duro) caso clínico 1....	47
Figura nº. 8- Controlo após 8 dias caso clínico 1.....	47
Figura nº. 9- Raio-x final após a restauração caso clínico 1.....	48
Figura nº. 10- Ortopantomografia da paciente caso clínico 2.....	52
Figura nº. 11- Lesão inicial caso clínico 2.....	53
Figura nº. 12- Tracção da lesão com fio de sutura caso clínico 2.....	53
Figura nº. 13- Excisão da lesão caso clínico 2.....	54
Figura nº. 14- Mucosa jugal esquerda após a excisão com eletro bisturi caso clínico 2.....	54
Figura nº. 15- Controlo após 8 dias caso clínico 2.....	55
Figura nº. 16- Ortopantomografia da paciente caso clínico 3.....	59
Figura nº. 17- Após a remoção do fibrolipoma caso clínico 3.....	60

Figura nº. 18- Pós cirurgia caso clínico 3.....	60
Figura nº. 19- Controlo após 8 dias caso clínico 3.....	61
Figura nº. 20- Ortopantomografia do paciente caso clínico 4.....	64
Figura nº. 21- Lesão inicial caso clínico 4.....	65
Figura nº. 22- Controlo após 8 dias caso clínico 4.....	66
Figura nº. 23- Ortopantomografia da paciente caso clínico 5.....	69
Figura nº 24- Papiloma escamoso caso clínico 5.....	70
Figura nº. 25- Após a remoção cirúrgica da totalidade do papiloma escamoso caso clínico 5.....	70
Figura nº. 26- Papiloma escamoso com cerca de 3mm caso clínico 5.....	71
Figura nº.27- Pós cirurgia caso clínico 5.....	71
Figura nº. 28- Controlo após 8 dias caso clínico 5.....	72

Glossário de siglas e abreviaturas

Prof.- Professor

Dr.– Doutor

UCP – Universidade Católica Portuguesa

HTA- Hipertensão arterial

SNS- Serviço Nacional de Saúde

IRM- Intermediate Restorative Material

RC- Relação Cêntrica

MI- Máxima Intercuspidação

ORC- Oclusão em Relação Cêntrica

DVO- Dimensão vertical de Oclusão

DVR- Dimensão Vertical de Repouso

Nº. - Número

HPV- Papiloma Vírus Humano

1.Introdução e Enquadramento Teórico

A Medicina Dentária é a área da saúde que previne, diagnostica e trata as doenças que afectam os dentes, as gengivas e a mucosa oral. Tem o poder de reabilitar a cavidade oral do paciente a nível estético e funcional, de forma a que este se sinta confortável em qualquer etapa da sua vida, não só a comer e a falar mas também a sorrir.

A Medicina Dentária subdivide-se em diferentes áreas de atuação, distintas pelas especificidades que lhes estão associadas, com especial realce para: Cirurgia Oral, Medicina Oral, Dentisteria, Endodontia, Periodontologia, Implantologia, Oclusão, Odontopediatria, Gerodontologia, Ortodontia, Prótese Removível e Fixa.

A prática Clínica, decorreu na Faculdade de Ciências da Saúde, na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu, no âmbito da monografia do Mestrado Integrado em Medicina Dentária durante o período de 16 de Setembro de 2013 a 31 de Maio de 2014. A orientação no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem em contexto clínico encontrou-se a cargo do Prof. Dr. Rui Amaral Mendes, que permitiu o contacto com as diversas áreas disciplinares do curso.

A realização da formação no contexto clínico é “alimentada” pela diversa curiosidade e empenho nas patologias e prática clínica da Medicina Dentária, pelo desejo de querer conhecer de uma forma mais aprofundada, as actividades realizadas por cada docente/aluno e pelo enriquecimento na cultura da Medicina Dentária.

No tempo presente, torna-se imprescindível uma boa formação académica, para que assim possamos desenvolver capacidades críticas e criativas no desempenho clínico diário, na expectativa de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente. Esta prática clínica permitiu-me acrescentar algo mais á minha formação médica além do que seria esperado, para além de haver uma motivação muito maior da minha parte a nível de curiosidade, de querer saber sempre mais, permitiu-me assim uma participação mais activa no diagnóstico, terapêutica e orientação do paciente.

A elaboração deste relatório, surgiu pela vontade de transmitir um conhecimento de causa vivenciada durante estas semanas de prática clínica, em que obtive um aprofundamento dos conhecimentos das patologias desta área e as suas

abordagens diagnósticas, bem como o relacionamento entre as patologias e a proveniência dos doentes e dos factores de risco associados às patologias do paciente.

No início da atividade clínica do relatório encontra-se uma pequena abordagem acerca do funcionamento da Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa, seguindo-se de uma pequena descrição de cada área disciplinar e da respectiva actividade clínica. É descrito ainda cada caso diferenciado, e por último uma conclusão acerca de todo o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem em contexto clínico.

2.Objetivos e Métodos

Em cada área disciplinar foi recolhida uma amostra total de pacientes observados/tratados pelo meu trinómio.

Os dados foram elaborados através de gráficos, transcritos para o Excel, transformando-se assim em dados estatísticos, dados esses baseados na história clínica, anamnese, diagnóstico e tratamento realizado a cada paciente.

Dentro da amostra recolhida pelo trinómio em cada área disciplinar, estudei a amostra observada/tratada por mim, diferenciando cada patologia ou tratamento efectuado.

Os casos clínicos diferenciados foram estudados individualmente, analisando todos os parâmetros necessários para alcançar um diagnóstico objetivo e correto.

3. Caracterização Geral da Amostra

Foi realizado um estudo estatístico por cada área disciplinar, em que se contabilizou o total de consultas (pacientes observados/tratados), e se contabilizou o número total de atos em que fui operadora e o número total de atos em que fui assistente.

Para este estudo incluíram-se pacientes do sexo masculino e feminino, pacientes de todas as idades, raças, entre outros critérios. Não houve qualquer critério de exclusão.

Este relatório apresenta também um estudo de casos clínicos diferenciados. Procedeu-se à análise de casos clínicos diferenciados em pacientes da Faculdade de Ciências da Saúde, na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu, no âmbito da monografia do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na área de Medicina Oral, durante o 5º ano deste ano letivo 2013/2014.

Todos os pacientes foram avaliados com vários critérios de igualdade, como: história clínica detalhada, anamnese, exame intra e extra oral.

Todos os pacientes realizaram pelo menos uma consulta de controlo posterior.

O diagnóstico de cada caso clínico, foi obtido através de história clínica, observação intra e extra oral, exames complementares de diagnóstico e biópsia quando necessário.

4.Atividade Clínica

A atividade clínica realizada, foi efetuada sob a orientação dos vários docentes de cada área disciplinar.

A clínica dentária funciona nas instalações da UCP, entre as 8:00h e as 20:00h de segunda a sexta feira (dias úteis), dispõe de 38 boxes com cadeiras distribuídas na clínica, das quais 2 delas são blocos operatórios. Os pacientes que a ela recorrem têm várias proveniências:

- Da área de referência, Sistema nacional de Saúde (SNS);
- Orientados de outras especialidades médicas;
- Enviados por Médicos Dentistas do privado, por apresentarem alguma patologia de uma determinada área;
- Orientados para seguimento pós-operatório.

Os pacientes são atendidos consoante a área disciplinar, como 1ª consulta vêm a uma consulta de Medicina Preventiva ou de Medicina Oral, sendo que, nesta 1ª consulta, é feito um plano de tratamento para cada área disciplinar que será seguido à regra.

As especialidades Médico Dentárias existentes na Clínica Dentária da UCP são: Odontopediatria; Medicina Oral; Periodontologia; Dentisteria Operatória; Cirurgia Oral; Endodontia; Oclusão; Prótese Removível; Prótese Fixa e Ortodontia.

4 a) Odontopediatria

A Odontopediatria encontra-se sob a coordenação da Prof. Dr.^a Andreia Figueiredo, e visa o atendimento de pacientes com idade inferior a 16 anos.

É a área da Medicina Dentária dedicada à saúde oral dos bebés, crianças e adolescentes, tem como principal objetivo que os pacientes atinjam a idade adulta com uma boca saudável, quer a nível estético quer a nível funcional, e a possam conservar assim durante toda a vida.

Os pacientes de Odontopediatria podem sofrer de cáries, traumatismos, alterações da erupção dentária e outros problemas que podem afectar negativamente a saúde oral presente e futura. O objectivo de um tratamento precoce deve ser o restabelecimento das condições normais para um óptimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento. O êxito do tratamento odonto-pediátrico não passa única e somente pela realização do mesmo, mas também ter uma atitude positiva da criança e responsáveis para com a prevenção e manutenção da saúde oral.

A actividade clínica desenvolvida nesta área foi de um total de 4 pacientes dos quais fui operadora 1 vez e 3 vezes assistente.

Foram realizadas 3 exodontias e 1 restauração com compósito

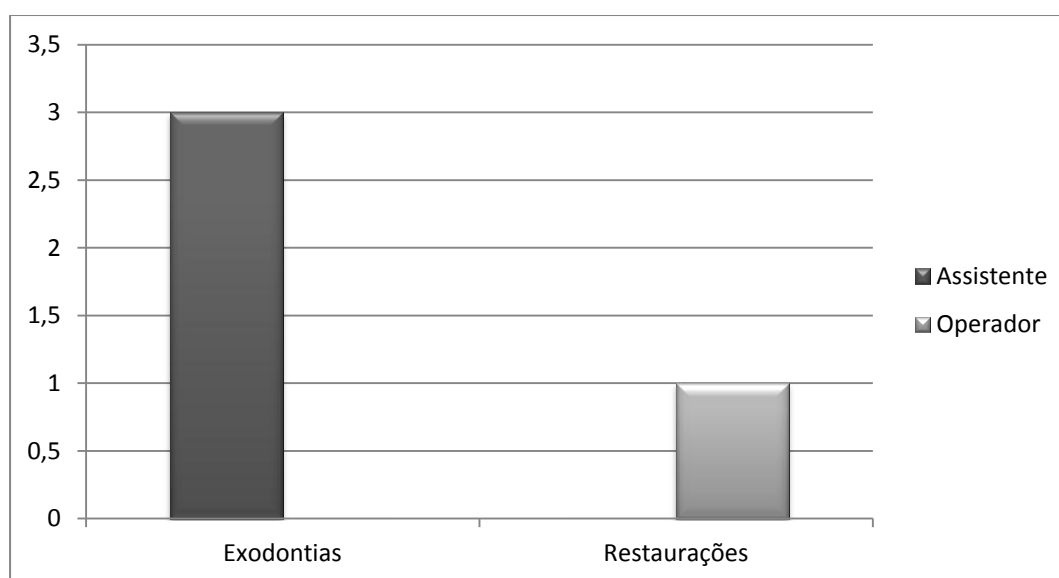


Ilustração 1- Consultas de Odontopediatria

4 b) Medicina Oral

A medicina Oral encontra-se sob a orientação do Prof. Dr. Rui Amaral Mendes, e visa prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias dos tecidos moles (gingivas e mucosas) e duros (dentes e ossos) da cavidade oral.

Quando uma lesão suspeita é observada, a biópsia da mesma poderá ser aconselhada, permitindo a obtenção de um diagnóstico histológico concreto e aferir o seu eventual carácter maligno.

As doenças das glândulas salivares, os quistos e tumores da região maxilofacial, ou lesões mais simples como as aftas ou herpes.

Nesta área observamos vários pacientes como sendo casos clínicos diferenciados dos quais; um paciente com osteorradionecrose induzida por bifosfonatos, em que se removeu todo o osso necrosado, sendo este para biópsia confirmando assim o diagnóstico já suspeito inicialmente. Ainda foram realizadas mais 4 biópsias, uma a um odontoma complexo no dente 22, uma a um fibrolipoma na mucosa jugal esquerda, e também um fibrolipoma no 2º quadrante no fundo do vestíbulo na zona do dente 23 e 24, e uma a um papiloma escamoso no lábio superior de uma criança.

Verificamos ainda uma grande lesão por trauma no lábio inferior de um paciente.

A actividade clínica desenvolvida nesta área, foi de um total de 11 pacientes como 1ª consultas. Fui operadora 4 vezes e assistente 7 vezes. Em procedimentos cirúrgicos fui assistente 10 vezes, e operadora num procedimento cirúrgico (biópsia de fibroma da mucosa jugal- caso clínico 2). Relativamente a consultas de controlo de pós - operatório fui operadora 3 vezes e assistente 8 vezes.

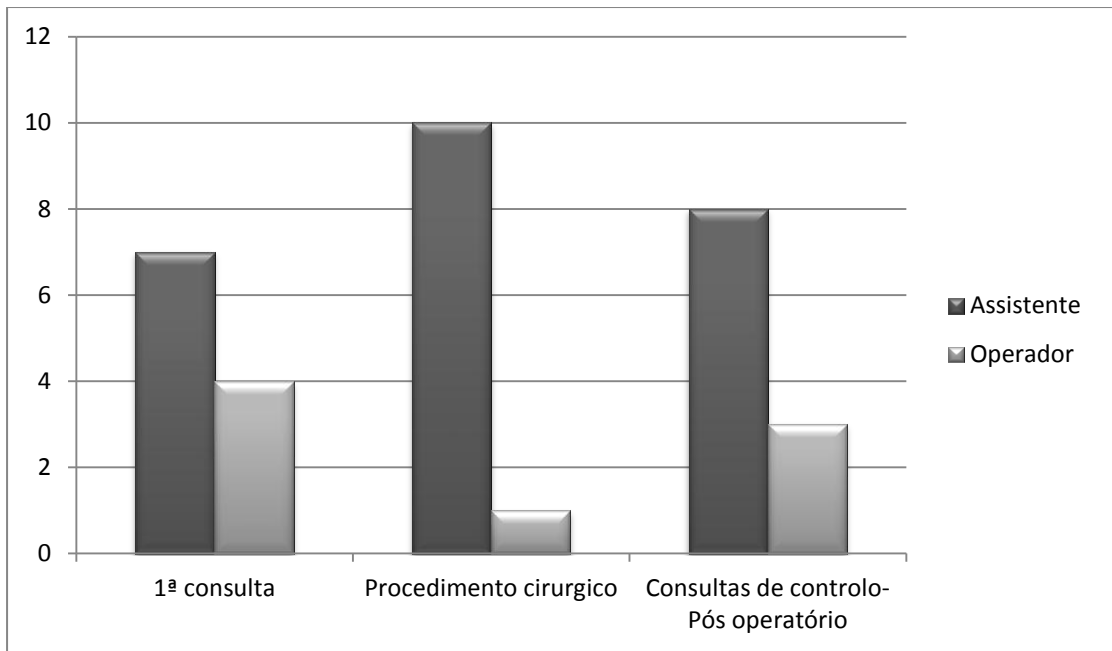


Ilustração 2- Consultas de Medicina Oral

4c) Periodontologia

A periodontologia encontra-se sob a orientação do Dr. Manuel de Sousa, e é a especialidade da Medicina Dentária que trata das doenças das gengivas.

A doença periodontal caracteriza-se pela inflamação das gengivas, que é denominada por gengivite, os sinais desta inflamação, da alteração da cor, que passa de rosa a encarnado, o inchaço, a tendência para o sangramento, e por vezes a dor e até o descarnar das mesmas.

Quando essa inflamação não é controlada, o osso debaixo das gengivas começa a diminuir, os dentes ganham mobilidade, podendo até soltarem-se do alvéolo. Nestes casos o paciente para além de gengivite, já apresenta periodontite, sendo nesta fase da doença, as consequências são mais difíceis de reverter.

A atividade clínica desenvolvida nesta área, foi de um total de 26 consultas das quais eu fui operadora 9 vezes e 17 vezes assistente.

Tivemos 2 gengivites em que numa fui assistente e outra fui operadora, 21 periodontites em que 7 fui operadora e 14 fui assistente, 3 RAR 1 operadora e 2 fui assistente, e 1 cirurgia periodontal em que fui assistente.

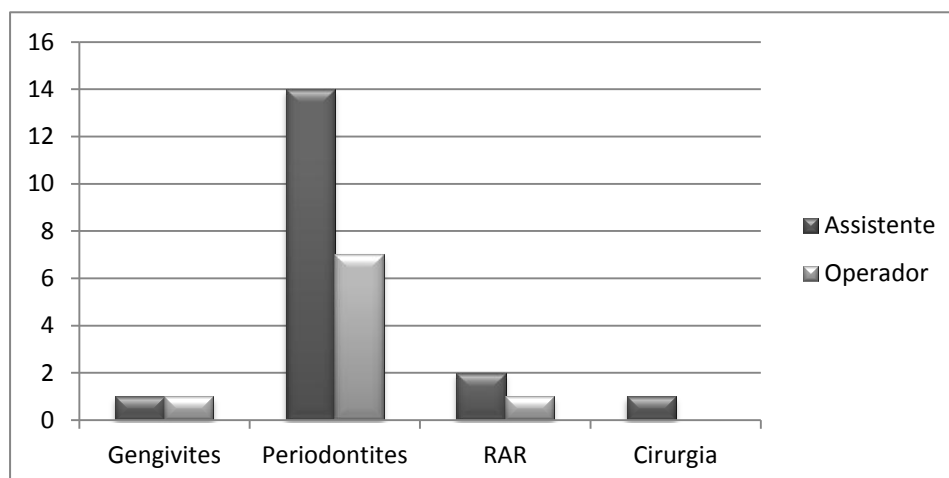


Ilustração 3- Consultas de Periodontologia

4d) Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória encontra-se sob a orientação do Prof. Dr. Manuel Paulo e é a área da Medicina Dentária relacionada com o tratamento conservador e restaurador directo de dentes, nomeadamente daqueles afectados por lesões de cárie.

A substituição de restaurações defeituosas, a modificação da forma dos dentes, a modificação da cor dos dentes (branqueamento), entre outros, são também objetivos de tratamento desta área, para além de tentarmos também manter a funcionalidade dos dentes.

Para se fazerem os tratamentos restauradores nos dentes dos pacientes foram utilizados 3 tipos de materiais dos quais: compósito, amálgama e IRM (material provisório).

A actividade clínica desenvolvida nesta área foi de um total de 28 consultas das quais, como operadora utilizei 7 vezes compósito, 1 vez amálgama e 1 vez IRM. Como assistente foram utilizadas 15 vezes compósito, a amálgama nunca foi usada e 4 vezes IRM.

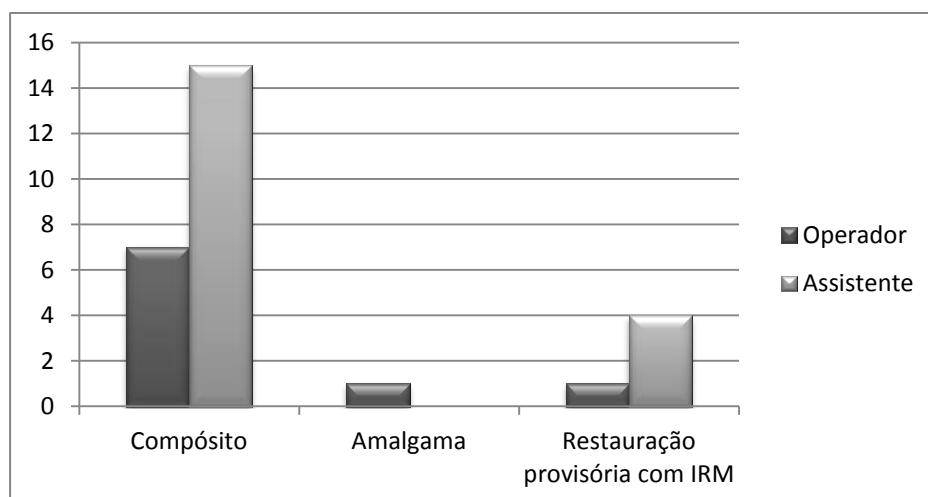


Ilustração 4- Tipo de materiais restauradores utilizados em Dentisteria Operatória

Nas restaurações de classes I, nunca fui operadora fui assistente 5 vezes, nas classes II fui operadora 7 vezes e assistente 10 vezes, nas classes III não fui operadora tendo sido assistente 3 vezes, nas classes IV também não fui operadora simplesmente fui assistente 3 vezes e finalmente nas classes V fui operadora 3 vezes nunca tendo sido nenhuma vez assistente.

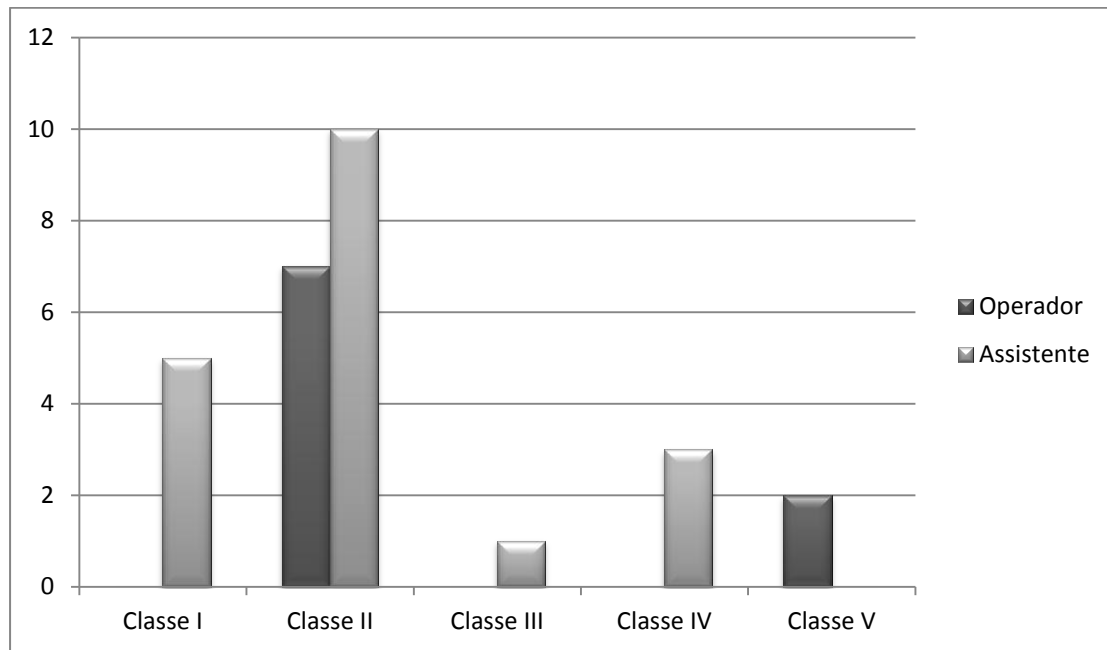


Ilustração 5- Classificação das classes restauradas

4e) Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral encontra-se sob a orientação do Prof. Dr. Rui Amaral Mendes, e é a especialidade da Medicina Dentária que, recorrendo à intervenção cirúrgica, trata os problemas da cavidade oral. O seu campo de atuação é vasto e vai desde a extração de dentes até à remoção de quistos e tumores orais.

Vista durante muito tempo como traumatizante, atualmente a cirurgia torna-se cada vez mais simples e menos incómoda. Em virtude da evolução da técnica e dos recursos utilizados, a cirurgia é possível com o mínimo de desconforto e sem dor.

O bom diagnóstico permite ao Médico Dentista a execução de uma anestesia adequada e de uma técnica cirúrgica atraumática. A medicação pós-operatória reduz a sintomatologia, tendo assim um pós operatório mais confortável.

A atividade clínica desenvolvida nesta área, foi de um total de 16 cirurgias, das quais em cirurgias simples fui operadora 4 vezes e assistente 11 vezes. Nas cirurgias complexas fui operadora 1 vez.

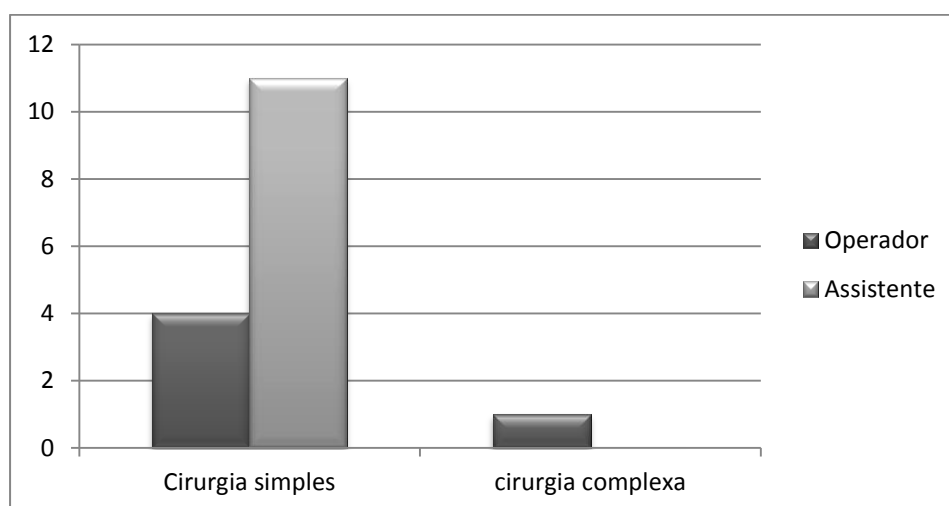


Ilustração 6- Consultas de Cirurgia Oral

4 f) Endodontia

A Endodontia encontra-se sob a orientação do Prof. Dr. Manuel Paulo, e é a especialidade da Medicina Dentária que se dedica ao estudo e tratamento da patologia da polpa dentária. Cada dente possui um sistema de vasos sanguíneos e nervos, conhecido por polpa dentária. Esta polpa dentária encontra-se no interior do dente, estendendo-se a cada uma das raízes através dos canais radiculares. Se a polpa dentária se encontrar infetada por bactérias (cárie extensa, trauma dentário, doença nas gengivas...), os tecidos nela existentes (vasos sanguíneos, nervos), ficam necrosados. Pode ainda formar-se um abscesso que tende a invadir os dentes vizinhos, causando inchaço. Desta forma, torna-se necessário remover a polpa dentária, eliminar as bactérias e desinfetar os canais, que serão devidamente selados para que não ocorra nova infeção. Este procedimento designa-se por tratamento endodôntico, popularmente conhecido como desvitalização.

A atividade clínica nesta área foi de um total de 5 consultas, das quais 3 dentes foram dentes monocanales em que fui operadora 1 vez e assistente 3 vezes, nos pluricanales fui operadora 2 vezes e assistente 2 vezes.

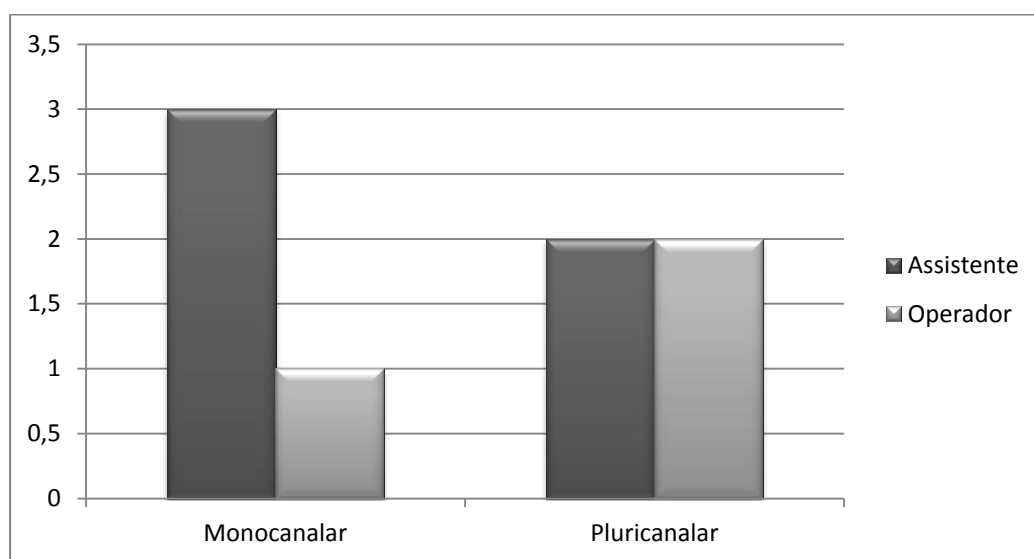


Ilustração 7- Consultas de Endodontia

4g) Oclusão

A Oclusão encontra-se sob a orientação do Prof. Dr. Octávio Ribeiro, e é a especialidade da Medicina Dentária que trata as relações de mordida entre a arcada dentária superior com a inferior e as suas implicações em estruturas anexas (dentes, gengiva, ossos, músculos, ligamentos, articulação temporomandibular).

Numa oclusão fisiológica ou orgânica, no final do fechamento mandibular, a ação dos músculos elevadores promove o assentamento dos côndilos nas fossas mandibulares do osso temporal, denominado posição de relação cêntrica (RC), coincidente com o máximo de contatos dentários posteriores bilateral, denominado máxima intercuspidação (MI) ou oclusão dentária. Como resultado a mandíbula assume posição estável denominada oclusão em relação cêntrica (ORC), na dimensão vertical de oclusão (DVO). Em seguida o relaxamento dos músculos elevadores gera a dimensão vertical de repouso (DVR).

A atividade clínica nesta área foi de um total de 5 pacientes, dos quais fui operadora 2 vezes e assistente 3 vezes em consultas de controlo. A paciente veio à consulta de Oclusão para fazer controlo (manutenção) de uma goteira que utiliza para relaxamento muscular.

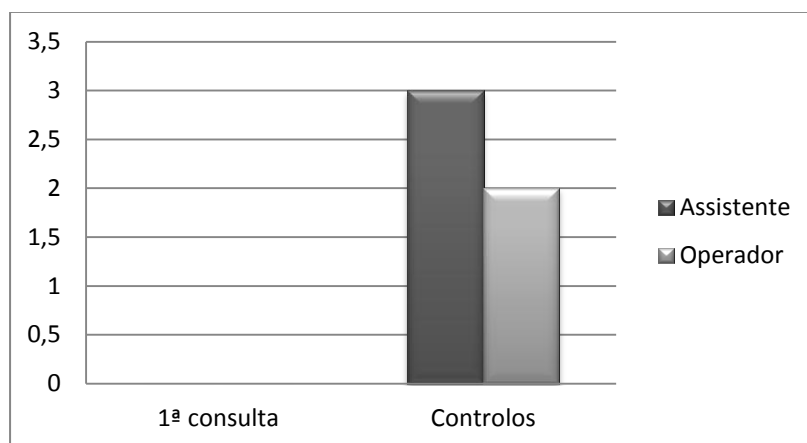


Ilustração 8- Consultas de Oclusão

4h) Prótese Removível

A Prótese Removível é coordenada pelo Prof. Dr. André Correia, e é a especialidade da Medicina Dentária que tem como objetivo, reabilitar ou manter a função oral do paciente restaurando a mastigação, estética e fonética, através da utilização de próteses dentárias removíveis acrílicas ou esqueléticas.

Normalmente designadas de «placas», são utilizadas na substituição de um ou mais dentes ausentes e tecidos moles de suporte. Podem ser fabricadas geralmente em materiais diferentes, ou seja, totalmente em acrílico (próteses acrílicas), ou metalo-acrílicas (próteses esqueléticas).

As próteses podem ser totais ou parciais, consoante o número de dentes que vão substituir. Normalmente são suportadas por mucosa ou dentes, podendo também ser suportadas por implantes. Requerem uma manutenção por parte do Médico Dentista e cuidados especiais em termos de higiene oral, pelo risco aumentado de cáries sobre os dentes de suporte ou infecção nos implantes de suporte.

A atividade clínica nesta área foi de um total de 3 próteses acrílicas, em que fui operadora e assistente em todas elas, sendo que, em prótese removível trabalha o trinómio todo. Fui da mesma forma operadora e assistente em 4 próteses esqueléticas. Relativamente aos controlos fui 5 vezes operadora e 8 vezes assistente.

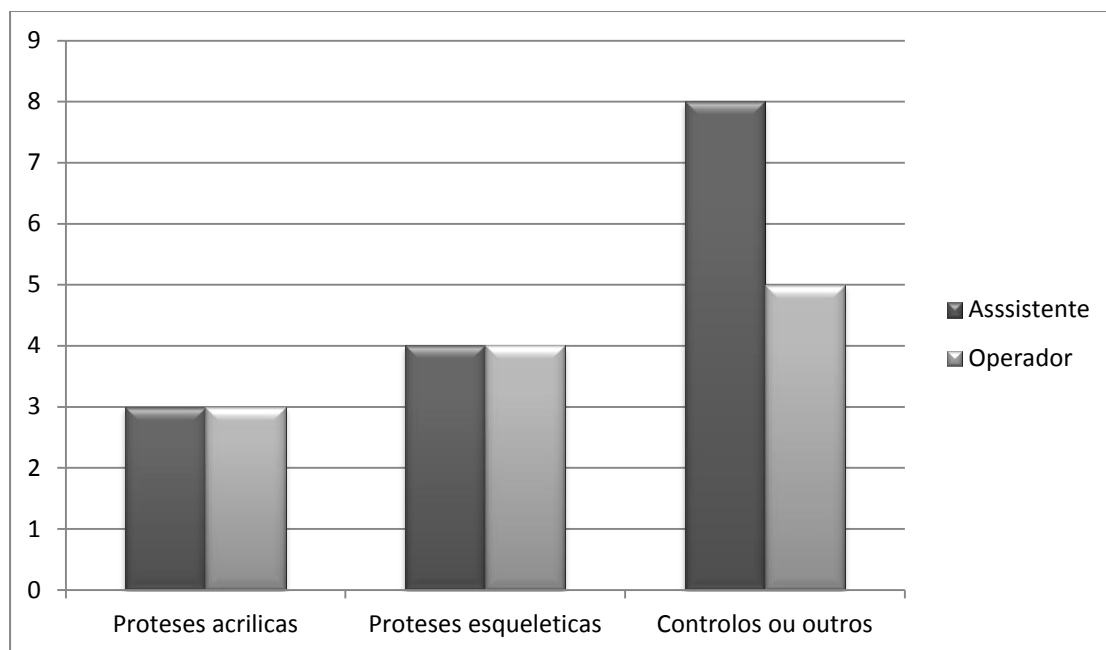


Ilustração 9- Próteses elaboradas em Prótese Removível.

4 i) Prótese Fixa

A prótese fixa é coordenada pelo Dr. Hélder Esteves, e é a área da Medicina Dentária em que se elaboram restaurações parciais ou totais da coroa de um dente, através da colocação de uma prótese, que é colocada sobre o dente natural previamente preparado e/ou sobre implantes dentários, não podendo ser removida pelo paciente. Poderá ainda ser utilizada para a substituição de um ou mais dentes partidos. As próteses fixas podem ser coroas ou pontes, e têm como objectivo mimetizar ao máximo a dentição natural do paciente.

A prótese fixa é a solução ideal nos casos em que faltam poucos dentes, não só pelo conforto como também pela estética.

Os dentes quando têm as raízes em bom estado, mas que já se encontram com a coroa muito partida e/ou restaurada e cuja viabilidade e resistência da restauração é muito limitada, têm uma boa indicação para a colocação de coroas. Quando existem espaços desdentados pequenos e dentes que poderão servir como bons pilares, poderá haver uma boa indicação para o planeamento e execução de uma ponte.

As coroas poderão também estar indicadas nos casos em que é necessário melhorar a estética, o formato ou o alinhamento dos dentes na arcada dentária.

As próteses fixas estão indicadas nas seguintes situações: substituição de uma grande restauração quando não resta muita estrutura de dente natural; protecção de um dente enfraquecido que sofreu uma fratura; quando queremos aumentar a retenção e suporte de uma prótese removível esquelética; na substituição de um dente ausente colocando-a sobre um implante dentário; no recobrimento de um dente com alteração da cor ou forma; na protecção de dentes desvitalizados em que a estrutura dentária remanescente está fragilizada; na substituição de dentes ausentes.

A atividade clínica nesta área foi de um total de 1 coroa metalo-cerâmica em que simplesmente fizemos uma coroa unitária desde a preparação inicial do dente até à cimentação da coroa definitiva em boca. Tivemos ainda um total de 3 controlos em que 1 vez fui operadora e 2 vezes fui assistente. Igualmente como em prótese removível, o trinómio trabalha todo na realização destas consultas.

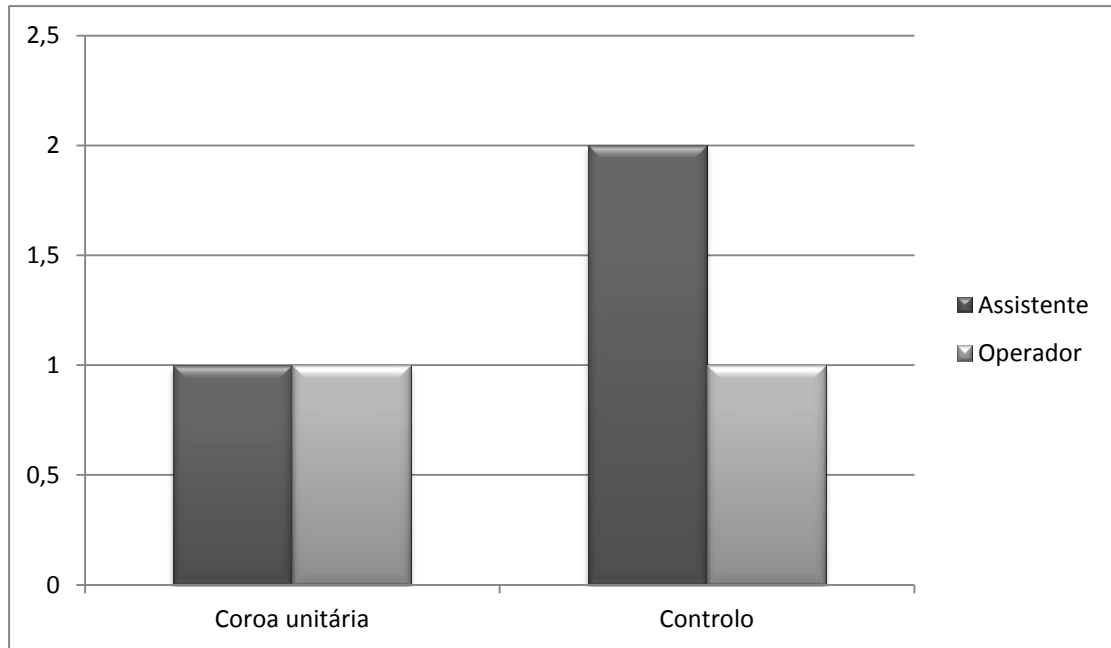


Ilustração 10- Consultas de Prótese Fixa

4j) Ortodontia

A Ortodontia é coordenada pelo Prof. Dr. Armandino Alves e é a especialidade da Medicina Dentária, que trata mal oclusões, ou seja, problemas no alinhamento dos dentes e desarmonias ósseas / faciais. Para a correção deste tipo de problemas podem utilizar-se aparelhos fixos, removíveis, expansores e aparelhos extra-orais. Nos adultos quando por vezes temos um diagnóstico de desarmonias ósseas severas, pode ser necessário a combinação de ortodontia e cirurgia ortognática, que permite resolver casos graves e discrepâncias ósseas.

Tivemos um caso clínico, de uma criança em que tivemos que fazer um estudo ortodôntico. Neste caso fomos todas operadoras e assistentes, uma vez que foi o trinómio que trabalhou em conjunto na consulta toda.

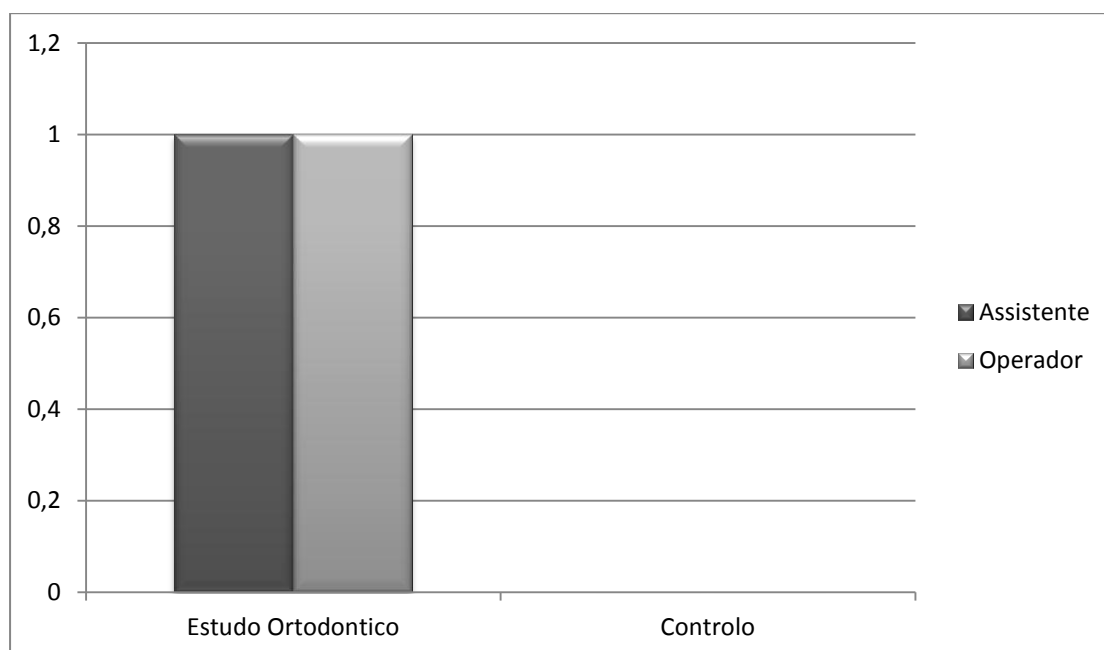


Ilustração 11- Consultas de Ortodontia

5. Casos Clínicos Diferenciados

Caso clínico 1:

Antecedentes pessoais gerais

Paciente do sexo masculino, de 22 anos. Apresentou-se na consulta de Medicina Oral na UCP, no dia 02-12-2013 com sintomatologia dolorosa no dente 22. O paciente refere que os sintomas tiveram início por volta do dia 12-12-2012, localizando-se no 2º quadrante de irradiação local, de intensidade moderada e frequência diária.

Costuma visitar regularmente o médico de família para realizar consultas de rotina. Fez análises clínicas pela última vez em 30-07-2013, não tendo sido detectado quaisquer valor anormal. Diariamente não faz nenhuma medicação.

Não sofre de problemas cardíacos, de HTA, diabetes, doenças no sangue, doenças do fígado, no estômago, problemas renais ou epilepsia.

Não é alérgico a nenhum fármaco ou dispositivo médico.

Nunca sofreu de nenhuma doença cancerígena, nunca tendo sido submetido a tratamentos de quimioterapia ou radioterapia.

Não tem hábitos alcoólicos nem é fumador.

Antecedentes pessoais dentários

O paciente usou aparelho ortodôntico à cerca de 8 anos atrás.

Exame clínico

Extra oral

O paciente apresenta uma cicatriz no lado direito da face, encontrando-se esta normal. Não existem tumefações, adenopatias, edemas ou assimetrias.

Intra oral

Encontra-se tudo normal, excepto a gengiva em redor do dente 22 que apresenta uma ligeira inflamação.

Ortopantomografia:



Figura nº. 1: Ortopantomografia do paciente

Descrição da ortopantomografia:

Dentes inclusos: 18; 28; 38 e 48

Dentes restaurados: 15; 36 e 46.

Plano de tratamento:

Destartarização bimaxilar.

Biópsia excisional do odontoma complexo do dente 22.

Exodontia dos dentes inclusos 18; 28; 38 e 48.

Descrição da lesão:

Excrecência amelodentinária compatível com odontoma complexo no dente 22.

Radiografia inicial do dente



Figura nº. 2: Rx inicial

Fotografias da lesão:

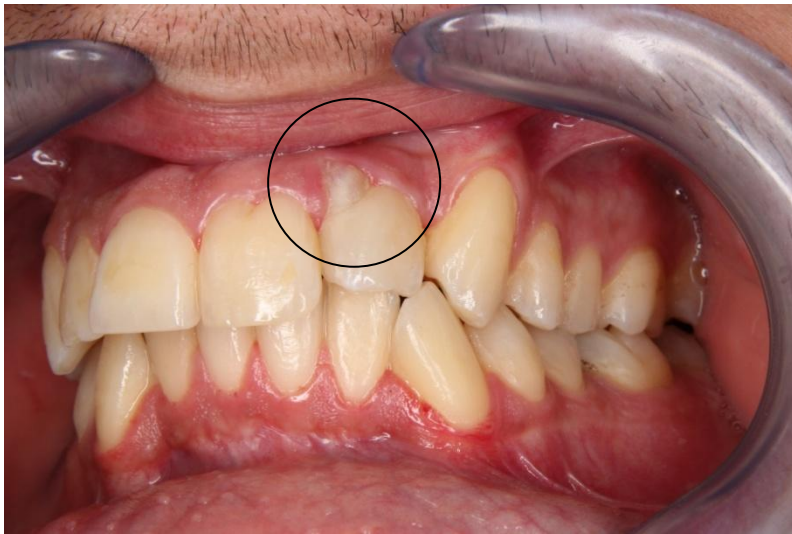


Figura n.º. 3: Odontoma complexo no dente 22



Figura n.º. 4: Dente 22 após a remoção do odontoma complexo



Figura n.º. 5:Dente 22 após a remoção do odontoma e já restaurado com compósito



Figura n.º. 6:Dente 22 após a cirurgia e restauração



Figura n.º 7: Fragmentos enviados para biópsia (tecido mole e duro)



Figura n.º 8:Controlo após 8 dias

Raio- x Final



Figura nº. 9:Rx final (após a restauração com compósito)

Protocolo de exérese:

Antes de se iniciar a incisão o paciente bochechou com clorhexidina a 0,12% e 2%, utilizou-se também uma compressa envolvida em clorhexidina, para se fazer a assepsia extra oral.

Preparou-se o campo operatório, de seguida anestesiou-se o paciente na respectiva lesão, com anestesia infiltrativa (lidocaina- xilonibsa 2% com epinefrina 1: 80 000 – dose administrada 3,6ml).

Com o auxílio do sindesmótomo, fez-se o descolamento da gengiva e das papilas interincisivas em mesial e distal do respectivo dente.

Seguidamente com uma broca de fissura fina de turbina, começou por se tirar o odontoma separando-o assim do restante dente, removendo também um pequeno tecido mole existente por baixo do mesmo.

Após a sua remoção, verificou-se que o dente se encontrava com uma pequena cárie nessa zona, removeu-se e foi colocada uma fina camada de hidróxido de cálcio, seguido da restauração definitiva com compósito de cor A3.

Os fragmentos cirúrgicos foram encaminhados para o laboratório de anatomia patológica, com a respectiva requisição devidamente preenchida com todos os dados relevantes para um correcto diagnóstico. (Anexo 1)

Foi ainda suturado com pontos simples nas papilas interincisivas, com fio de sutura 3-0.

O paciente foi remarcado após 7 dias, para remoção da sutura e controlo.

Indicações e medicação pós-operatória:

Anti-inflamatório- Ibuprofeno 600mg (Brufen 600 mg) 1 comprimido de 12 em 12h. Em caso de sintomatologia dolorosa no intervalo do Ibuprofeno 600 mg, tomar paracetamol 1 gr.

Pediu-se ao paciente para voltar após 7 dias, para fazer controlo e remoção da sutura.

Possíveis complicações:

O paciente poderá sentir alguma sintomatologia, uma vez que após a remoção do fragmento e tecido mole existente, a polpa do dente ficou mais exposta. Caso a sintomatologia persista e seja dolorosa, poderá ter que se endodonciar o respectivo dente.

Relatório anatomo-patológico: (anexo 2)**Dados clínicos:**

Excrecênciaamelodentinária compatível com odontoma complexo do dente 22.

Descrição macroscópica:

Recebeu-se para análise dois fragmentos no mesmo recipiente, um com 0,5 x 0,3 x 0,3 cm, irregular, branco e elástico e outro com 0,5cm de maior eixo, branco e de consistência cálcica.

Descrição histológica:

O primeiro fragmento é constituído por tecido revestido por epitélio pavimentoso estratificado irregularmente acantótico, intensamente infiltrado por células inflamatórias de padrão misto crónico agudizado; o córion é fibrótico, densamente colageneizado e com intenso infiltrado inflamatório de predomínio histiocitário; muito focalmente e por entre o infiltrado inflamatório há pequenas esquirolas ósseas, acelulares. O segundo fragmento (estudado após descalcificação) é constituído por fragmento de dente com morfologia de dentina delimitada por muito escasso córion.

No seu conjunto, este material é insuficiente para o diagnóstico de odontoma complexo; é constituído, aparentemente, por tecidos peridentários envolvidos por intenso processo inflamatório crónico agudizado (excisão incompleta?)

Caso clínico 2

Antecedentes pessoais

Paciente do sexo feminino, de 62 anos. Apresentou-se na consulta de Medicina Oral na UCP, no dia 13-01-2014, referindo uma lesão na mucosa jugal esquerda existente desde à cerca de 8 anos. Não refere sintomatologia dolorosa, apenas um pequeno desconforto.

Costuma visitar o médico de família para consultas de controlo da HTA, e manutenção da medicação.

Fez análises clínicas no dia 13-01-2013, não tendo sido detectado qualquer valor anormal.

Encontra-se medicada diariamente com irbesartan +hidroclorotiazid 150mg + 12,5mg (Coaprovel 150mg+12,5mg), 1 comprimido de manhã, para controlo da HTA.

Não sofre de problemas cardíacos, tem HTA (encontrando-se controlada com a medicação), não tem diabetes, problemas no sangue, do fígado e do estômago. Não tem problemas renais ou epilepsia.

Não é alérgica a nenhum dispositivo médico ou fármaco.

Até à data nunca teve nenhuma doença cancerígena, nem nunca foi submetida a nenhum tipo de tratamento com quimioterapia ou radioterapia.

Não tem hábitos alcoólicos nem é fumadora.

Antecedentes pessoais dentários

A paciente usa próteses removíveis bimaxilares

Exame clínico

Extra oral

Na face apresenta pequenos derrames. Não tem cicatrizes, tumefações, adenopatias, edemas ou assimetrias.

Intra oral

A língua apresenta-se fissurada. Os lábios, o palato duro e mole, os freios, vestibulos, pavimento da boca, região jugal direita e gengivas encontram-se normais. Na região jugal esquerda é visível uma lesão vermelha (idêntica à cor da mucosa,)

deaproximadamente 8mm, não ulcerada, com contornos regulares bem delimitada, móvel, pediculada, sem sintomatologia dolorosa. Lesão com pedículo, não sangrante.

Ortopantomografia:

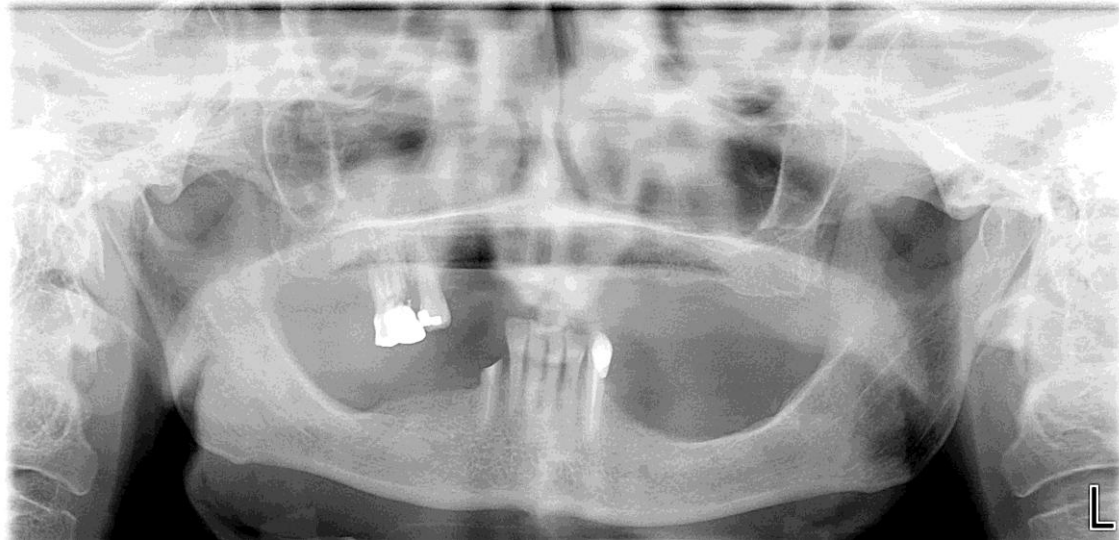


Figura n.º 10: Ortopantomografia da paciente

Descrição da ortopantomografia:

Dentes ausentes: 18; 17; 14; 13; 12; 11; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 38; 37; 36; 35; 34; 44; 45; 46; 47 e 48.

Dentes restaurados: 16; 15; 33 e 43

Dentes endodonciados: 16; 33 e 43

Plano de tratamento:

Destartarizaçãoobimaxilar.

Biópsia excisional do fibrolipoma.

Exodontia do dente 16, para além da cárie em mesial, também apresenta mobilidade de grau 3.

Avaliação do dente 43 em prótese fixa.

Colocação de novas próteses dentárias, uma vez que as existentes se encontram completamente desadaptadas e já com alguns anos.

Fotografias da lesão:



Figura n.º. 11:Lesão inicial

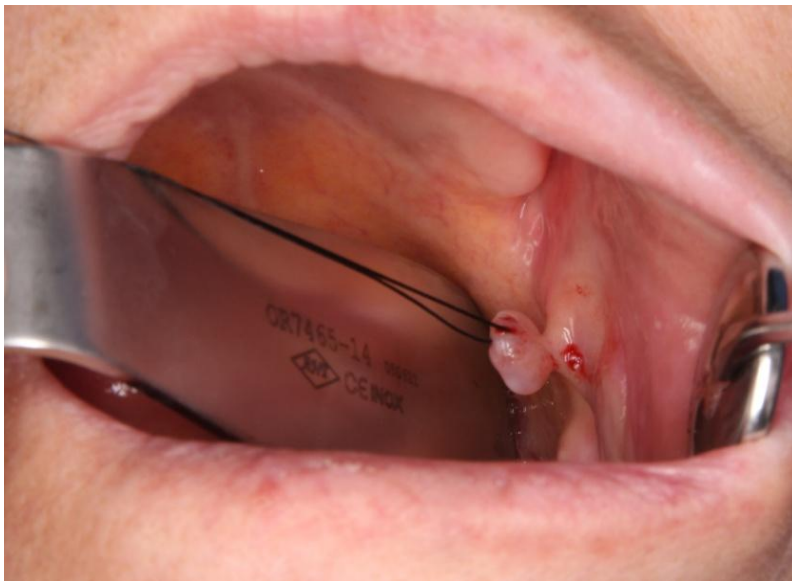


Figura n.º. 12:Tracção da lesão com fio de sutura



Figura n.º. 13:Excisão da lesão (de aproximadamente 8mm)



Figura n.º. 14:Mucosa jugal esquerda após a incisão da lesão com electro bisturi

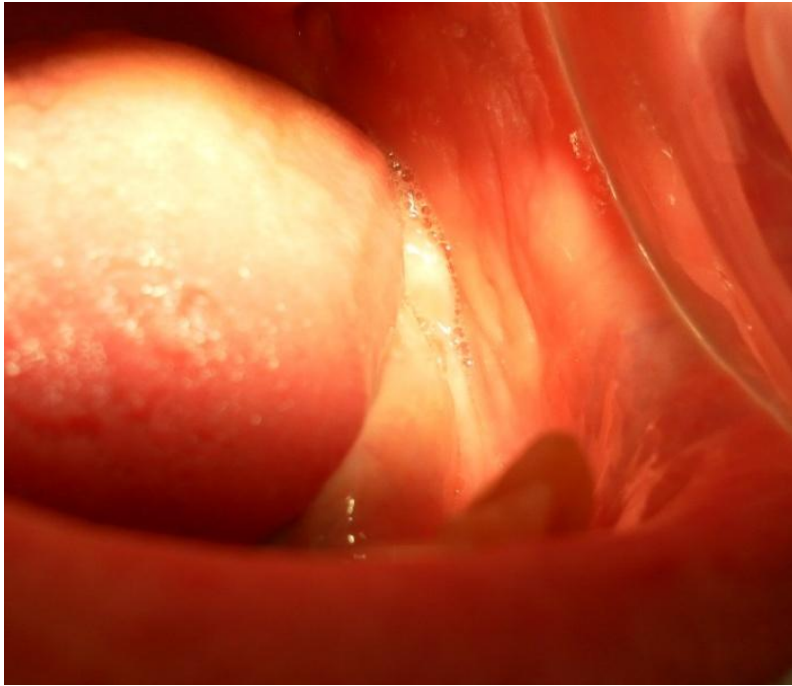


Figura n.º.15: Controlo (após 8 dias)

Protocolo de exérese:

Antes de se iniciar a excisão a paciente bochechou com clorhexidina a 0,12% e 2%, utilizou-se também uma compressa envolvida em clorhexidina, para se fazer a assepsia extra oral.

Preparou-se o campo operatório, de seguida anestesiou-se a paciente na respectiva lesão, com anestesia infiltrativa (lidocaina- xilonibsa 2% com epinefrina 1: 80 000 – dose administrada 1,8ml).

Com o auxílio de um fio de sutura, traccionou-se a lesão para permitir que a excisão se fizesse com maior facilidade.

De seguida fez-se a excisão da totalidade da lesão com a utilização do eléctro bisturi, o que proporcionou de imediato a hemostase da ferida cirúrgica, evitando também a sutura.

O fragmento cirúrgico foi encaminhado para o laboratório de anatomia patológica com a respectiva requisição devidamente preenchida com todos os dados relevantes para um correcto diagnóstico. (Anexo 1)

Foram dadas as devidas recomendações ao paciente, marcando nova consulta ao fim de 7 dias para se fazer o controlo.

Indicações e medicação pós-operatória:

Bochechos 3 vezes ao dia com clorhexidina após a higiene oral. Anti-inflamatório - Ibuprofeno 600mg, (Brufen 600 mg) 1 comprimido de 12 em 12h. Em caso de sintomatologia dolorosa no intervalo do Ibuprofeno 600 mg, tomar paracetamol 1 gr. Foram dadas as recomendações à paciente segundo o protocolo de cuidados pós-operatórios (Anexo 3)

Marcou-se nova consulta, a paciente volta após 7 dias para fazer controlo e remoção da sutura.

Possíveis complicações:

Sendo a biópsia um procedimento cirúrgico, as suas complicações mais frequentes são as hemorragias, principalmente nos casos de difícil acesso, neste caso não se coloca essa questão, uma vez que a coagulação foi feita de imediato com o electro bisturi.

As infecções também podem ocorrer, sobretudo quando o paciente não tem quaisquer cuidados de higiene oral, as quais podem ser evitadas através de assepsia.

Relatório anatomo-patológico: (Anexo 4)**Diagnóstico clínico:**

Lesão vermelha (idêntica à cor da mucosa) de aproximadamente 8mm, não ulcerada, contornos regulares bem delimitados, móvel, pediculada, sem sintomatologia dolorosa, não sangrante.

Descrição macroscópica:

Peça operatória de configuração polipóide com 0,9 x 0,8 x 0,4cm, revestida por mucosa lisa, mole, ao corte branca e lisa.

Descrição histológica:

Formação polipóide, revestida por epitélio pavimentoso estratificado, acantótico, não displásico e córion preenchido por tecido conjuntivo-adiposo com vasos capilares ectasiados e congestionados; há infiltrado inflamatório ligeiro mononucleado, disperso.

O estudo histopatológico enquadra a lesão num FIBROLIPOMA.

Não há evidencia de neoplasia maligna.

Caso clínico 3

Antecedentes pessoais gerais

Paciente do sexo feminino, de 71 anos. Apresentou-se na consulta de Medicina Oral na UCP, no dia 24-03-2014 com sintomatologia dolorosa no 2º quadrante, na zona do dente 23 e 24 no fundo do vestibulo. Refere que este quadro clínico já existe à cerca de 15 dias, com sintomatologia dolorosa diariamente.

A paciente visita regularmente o médico de família para consultas de rotina, e manutenção da medicação.

Fez análises clínicas em 02-01-2014, não tendo sido detectado qualquer valor anormal.

A paciente encontra-se medicada com: valsartan+ hidroclorotiazida 160mg + 12,5mg (co-diovan 160mg + 12,5mg) 1 comprimido de manhã; atorvastatina 20mg (zarator 20 mg) 1 comprimido por dia; lanzoprazol 30mg 1 comprimido por dia.

Não tem problemas cardíacos, sofre de HTA que se encontra controlada com a medicação que faz diariamente. Não tem diabetes, problemas no sangue, no fígado, no estômago, problemas renais e epilepsia.

Não é alérgica a nenhum fármaco ou dispositivo médico.

Nunca teve nenhuma doença cancerígena, nem nunca foi submetida a qualquer tipo de tratamento, com quimioterapia ou radioterapia.

Não tem hábitos alcoólicos nem é fumadora.

A paciente já foi submetida a várias cirurgias das quais: cirurgia vascular às pernas (varizes) à cerca de 7 anos atrás; cirurgia aos esporões nos pés à cerca de 17 anos atrás; cirurgia a uma tendinite no ombro direito à cerca de 7 anos; cirurgia a uma tendinite à mão direita à cerca de 1 ano e 3 meses atrás e cirurgia às hemorróidas à cerca de 9 anos atrás.

Antecedentes pessoais dentários

A paciente já realizou extrações dentárias, sendo portadora de próteses removíveis bimaxilares.

Exame clínico

Extra oral

A paciente apresenta uma cicatriz na zona do osso frontal, com cerca de 4cm.
A face encontra-se normal, não tem tumefações, adenopatias ou edemas.

Intra oral

Os lábios, a língua, o palato duro e mole, a região jugal direita e esquerda as gengivas encontram-se normais. No 2º quadrante na zona do dente 23 e 24 no fundo do vestíbulo, encontra-se uma lesão móvel, bem delimitada, volumosa e não sangrante.

Ortopantomografia:



Figura nº. 16:Ortopantomografia da paciente

Descrição da ortopantomografia:

Dentes ausentes: 18; 17; 15; 14; 12; 11; 21; 22; 23; 25; 26; 27; 28; 38; 37; 36; 35; 34;
33; 32; 31; 41; 42; 43; 44; 45; 46; 47

Restos radiculares: 16; 13; 24

Plano de tratamento:

Biópsia excisional do fibrolipoma.

Exodontia dos restos radiculares dos dentes 16; 13; 24 e 25.

Colocação de novas próteses dentárias, uma vez que as existentes se encontram completamente desadaptadas e já com alguns anos.

Descrição da lesão:

Lesão móvel, bem delimitada, volumosa, dolorosa, não sangrante, não pediculada, sem alteração da cor não pediculada. Compatível com lipoma.

Fotografias da lesão:



Figura n°.17: Após a remoção do fibrolipoma



Figura n°. 18: Pós cirurgia



Figura n.º. 19:Controlo após 8 dias

Protocolo de exérese:

Antes de se iniciar a incisão a paciente bochechou com clorohexidina a 0,12% e 2%, utilizou-se também uma compressa envolvida em clorohexidina, para se fazer a assepsia extra oral.

Preparou-se o campo operatório, de seguida anestesiou-se a paciente na respectiva lesão, com anestesia infiltrativa (lidocaina- xilonibsa 2% com epinefrina 1: 80 000 – dose administrada 3,6ml).

Com o auxílio de uma lâmina de bisturi n.º. 10, fez-se uma incisão no fundo do vestíbulo na zona da lesão. Seguidamente com um descolador separou-se a lesão dos outros tecidos moles envolventes do vestíbulo. Finalmente com a ajuda de uma cureta cirúrgica removeu-se toda a lesão, extraindo-a assim e colocando-a em formol a 10%.

O fragmento cirúrgico, foi encaminhado para o laboratório de anatomia patológica, com a respectiva requisição devidamente preenchida com todos os dados relevantes para um correcto diagnóstico. (Anexo 1)

Suturou-se o vestíbulo com vários pontos simples com fio de sutura 3-0.

Foram dadas as devidas recomendações ao paciente, marcando nova consulta ao fim de 7 dias para se fazer o controlo.

Indicações e medicação pós-operatória:

Bochechos 3 vezes ao dia com clorhexidina após a higiene oral. Anti-inflamatório –Ibuprofeno 600 mg, (Brufen 600 mg) 1 comprimido de 12 em 12h.

Em caso de sintomatologia dolorosa no intervalo do Ibuprofeno 600 mg, tomar paracetamol 1 gr. Foram dadas as recomendações à paciente segundo o protocolo de cuidados pós-operatórios (Anexo 3)

Marcou-se nova consulta, a paciente volta após 7 dias para fazer controlo e remoção da sutura.

Possíveis complicações: Sendo a biópsia um procedimento cirúrgico, as suas complicações mais frequentes são as hemorragias, principalmente nos casos de difícil acesso. As infeções também podem ocorrer sobretudo quando o paciente não tem quaisquer cuidados de higiene oral, as quais podem ser evitadas através de assepsia.

Relatório anatomo-patológico: (Anexo 5)

Diagnóstico clínico:

Lesão móvel, bem delimitada, volumosa, dolorosa, não sangrante, não pediculada, sem alteração da cor. Compatível com lipoma.

Descrição macroscópica:

Recebeu-se para análise dois fragmentos de aspecto semelhante com 1,3 x 1,0 x 0,6cm e 1,0 x 0,6 x 0,6cm, de consistência variável de mole a elástico e coloração de amarelo a esbranquiçado e fasciculado.

Descrição histológica:

Tecido adiposo e muscular esquelético envolto em feixes de tecido fibrótico espesso, pouco vascularizado, com células pequenas de núcleos alongados e finos sem atipia nem figuras de mitose.

O estudo histopatológico enquadra-se em fibrolipoma.

Caso clínico 4

Antecedentes pessoais gerais

Paciente do sexo masculino, de 85 anos. Apresentou-se na consulta de Medicina Oral na UCP, no dia 07-04-2014, com duas lesões no lábio inferior, na zona do canino, dente 33. O paciente refere que estes sintomas tiveram início no dia 02-03-2014, apresentando sintomatologia de fraca intensidade e de evolução aguda.

O paciente não costuma visitar nenhum médico, nem mesmo o médico de família por rotina, não realiza análises clínicas há muito tempo, não sabendo identificar qual a última vez que fez.

Nesta data encontrava-se medicado por um médico do serviço de urgências, para a lesão encontrada na cavidade oral, com bromelaína(ananase),1 comprimido por dia, e diclofenaccolutório bochechos 3 vezes ao dia.

Não tem problemas cardíacos, nem HTA, diabetes nem problemas no sangue.

Quando sofre um corte não costuma sangrar durante muito tempo, nem demora a cicatrizar, costuma sangrar espontaneamente pelo nariz (epistaxis), não tem nenhuma doença infeto-contagiosa.

Refere ter problemas no fígado devido ao consumo excessivo de álcool, não sabendo bem ao certo o que tem, uma vez que não vai ao médico.

Não sofre de problemas no estômago, renais e de epilepsia.

Não é alérgico a nenhum fármaco ou dispositivo médico.

Nunca sofreu de nenhuma doença cancerígena, nunca tendo sido submetido a tratamentos de quimioterapia ou radioterapia.

O paciente tem hábitos alcoólicos. Refere ainda que há muitos anos atrás, não sabendo bem há quantos anos, teve várias pneumonias e neste momento sofre de problemas articulares nos ossos.

Antecedentes pessoais dentários

O paciente nunca tinha ido a nenhum Médico Dentista, ou seja, nunca realizou qualquer tipo de tratamento dentário.

Exame clínico

Extra-oral

Na face, na zona do osso frontal são visíveis vários quistos sebáceos.

O lábio inferior apresenta tumefação. Cicatrizes, adenopatias, edemas e assimetrias não são detetados.

Intra-oral

A língua, o palato duro e mole, o pavimento da boca, a região jugal direita e esquerda, os freios e os vestibulosencontram-se normais. As gengivas encontram-se inflamadas. No lábio inferior são visíveis 2 tipos de lesões, uma lesão vermelha, com cerca de 4cm, móvel, compatível com edema, dolorosa, não sangrante, não pediculada, endurecida.

A outra lesão é branca, endurecida, com aproximadamente 1cm na zona do dente 33, não sangrante, dolorosa, contornos bem delimitados e não pediculada.

Ortopantomografia:

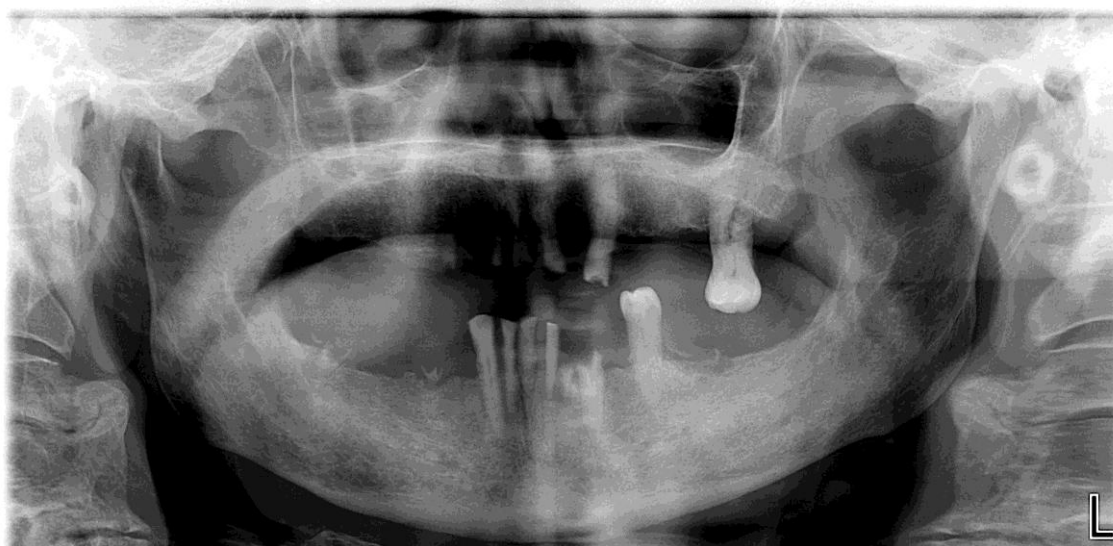


Figura n.º. 20: Ortopantomografia do paciente

Descrição da ortopantomografia:

Dentes ausentes: 18; 17;16; 14; 13; 22; 24; 25; 26; 28; 38; 37; 36; 34; 43; 44; 46 e 48.

Restos radiculares: 15; 12; 11; 21; 23; 33; 32; 45 e 47

Dente cariado: 35

Plano de tratamento:

Exodontia dos restos radiculares: 15; 12; 11; 21; 23; 33; 32; 45 e 47 (sendo prioritário a exodontia dos restos radiculares 32 e 33, uma vez que são estes 2 dentes que estão a causar a lesão no lábio inferior).

Exodontia dos dentes: 27; 35; 32; 31; 41 e 42 (todos eles apresentam mobilidade de grau 3).

Colocação próteses dentárias removíveisbimaxilares.

Descrição da lesão:

Lesão vermelha, com cerca de 4cm, móvel, compatível com edema, dolorosa, não sangrante, não pediculada, endurecida.

Lesão branca, endurecida, com aproximadamente 1cm na zona do dente 33, não sangrante, dolorosa, contornos bem delimitados e não pediculada.

Fotografias da lesão:

Figura n.º. 21: Lesão inicial



Figura nº. 22:Controlo após 8 dias

Protocolo de exodontia:

Fez-se a exodontia da causa aparente do trauma, que eram os dois restos radiculares dos dentes 32 e 33.

Antes de se iniciar a extração o paciente bochechou com clorhexidina a 0,12% e 2%, utilizou-se também uma compressa envolvida em clorhexidina, para se fazer a assepsia, com anestesia infiltrativa (lidocaina- xilonibsa2% com epinefrina 1: 80 000 – dose administrada 2,7ml), anestesiou-se em vestibular no nervo mentoniano, e em lingual no nervo lingual para assim anestésiar os dentes 33 e 32.

Com o auxílio do sindesmotomo curvo, procedeu-se à sindesmotomia dos dois dentes.

Fez-se a luxação com uma alavanca por mesio vestibular dos dentes, e com o boticão de incisivos extraíram-se os dentes. No final fez-se uma boa curetagem com uma cureta cirúrgica, removendo todo o tecido de granulação existente, suturando depois com um ponto cruzado com sutura 3-0.

Foram dadas as devidas recomendações ao paciente (anexo 3), marcando nova consulta ao fim de 8 dias para se fazer o controlo.

Medicação pós-operatória:

Bochechos 3 vezes ao dia com clorhexidina após a higiene oral. Anti-Inflamatório- Etoricoxib- Exxiv 90mg- 1 comprimido por dia durante 7 dias. Em caso de sintomatologia dolorosa no intervalo do Exxiv 90mg, tomar paracetamol 1 gr.

Possíveis complicações:

Sendo as extracções dentárias um procedimento cirúrgico, as suas complicações mais frequentes são as hemorragias, principalmente quando os pacientes não seguem as recomendações dadas pelo Médico Dentista. As infecções também podem ocorrer, sobretudo quando o paciente não tem quaisquer cuidados de higiene oral, as quais podem ser evitadas através de assepsia.

Caso clínico 5

Antecedentes pessoais gerais

Paciente do sexo feminino, 11 anos,. Apresentou-se na consulta de Medicina Oral na UCP no dia 19-05-2014 com uma lesão branca no lábio, que a mãe descreve que existe à menos de 6 meses.A paciente visita regularmente o médico de família, para consultas de rotina. Fez análises clínicas pela última à cerca de 3 anos atrás, encontrando-se tudo normal.

É uma criança saudável, não é alérgica a nenhum fármaco, nem nenhum dispositivo médico até à data.Nunca foi submetida a nenhuma cirurgia. A mãe refere que nunca fez antibioticoterapia.

Antecedentes pessoais dentários

A paciente já usou aparelho ortodôntico removível, à cerca de 2 anos atrás e já realizou restaurações.

Exame clínico

Extra oral

Encontra-se tudo normal.

Intra oral

Encontra-se tudo normal à exceção do lábio superior, que se apresenta com uma lesão branca pediculada, com contornos bem delimitados, apresenta vilosidades de coloração branca, de forma oval, de aproximadamente 3mm, sem sintomatologia dolorosa, não sangrante, de consistência duro elástica, rugosa ao toque, não infiltrada.

Ortopantomografia



Figura n°. 23:Ortopantomografia da paciente

Descrição da ortopantomografia

Dentes submucosos: 37 e 47

Dentes inclusos: 17; 27; 38 e 48

Restaurações dentárias: 36 e 46

Descrição da lesão

Lesão branca pediculada, com contornos bem delimitados, apresenta vilosidades de coloração branca, de forma oval, de aproximadamente 3mm, sem sintomatologia dolorosa, não sangrante, de consistência duro elástica, rugosa ao toque, não infiltrada.

Fotografias da lesão

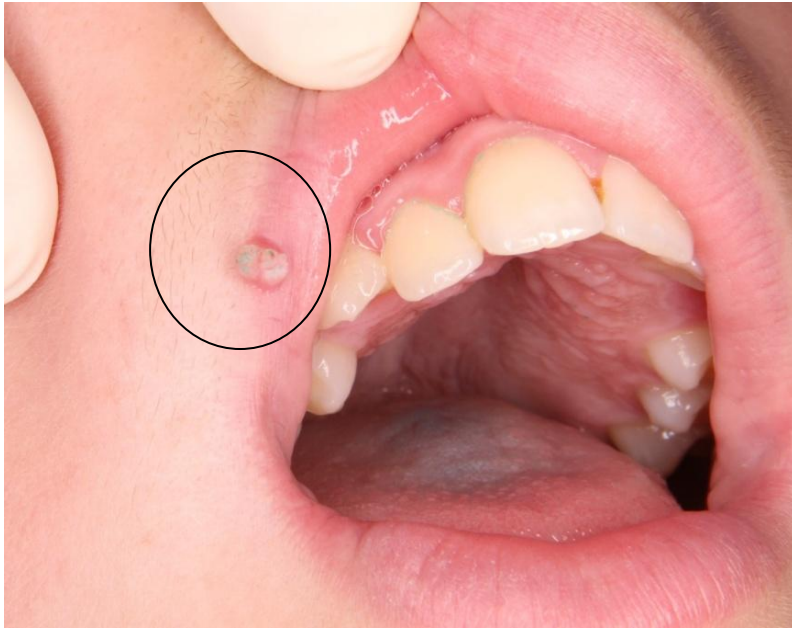


Figura n°. 24: Papiloma escamoso



Figura n°. 25: Após a remoção cirúrgica da totalidade do papiloma escamoso

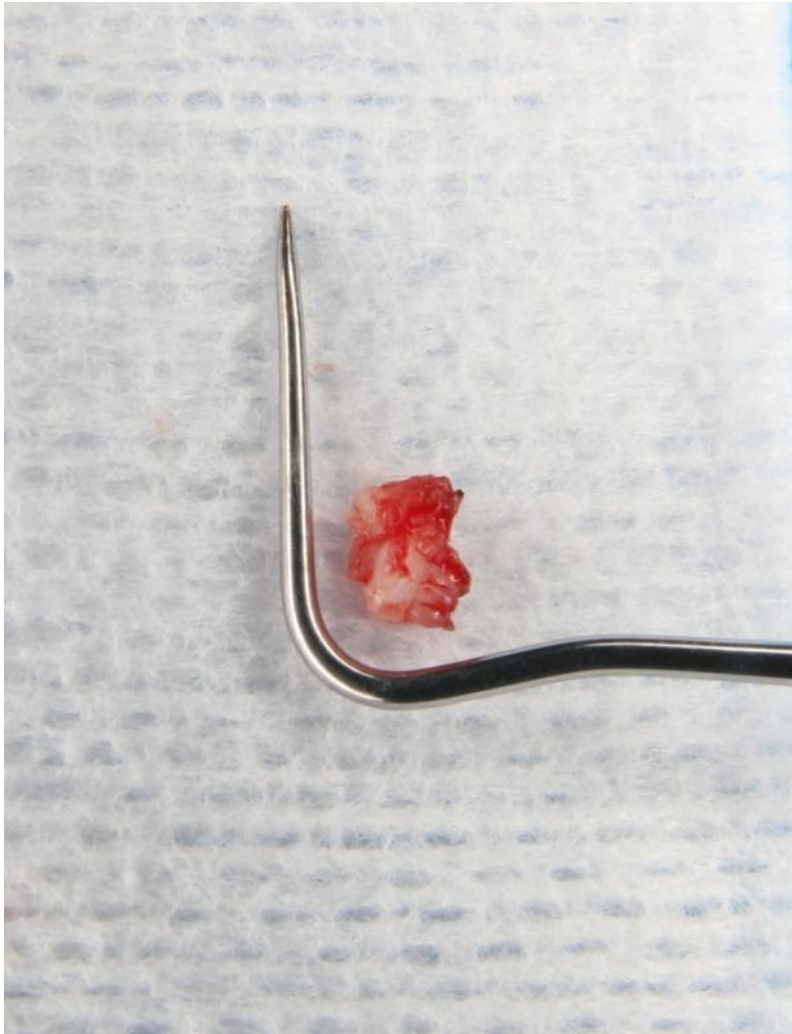


Figura n.º. 26: Papiloma escamoso com cerca de 3mm



Figura n.º. 27: Pós cirurgia



Figura n.º. 28: Controlo após 8 dias da cirurgia

Protocolo de exérese:

Antes de se iniciar a excisão a paciente bochechou com clorohexidina a 0,12% e 2%, utilizou-se também uma compressa envolvida em clorohexidina, para se fazer a assepsia extra oral.

Preparou-se o campo operatório, de seguida anestesiou-se a paciente na respectiva lesão, com anestesia infiltrativa (lidocaina- xilonibsa 2% com epinefrina 1: 80 000 – dose administrada 1,6ml).

Com uma lamina de bisturi n.º 12, e com a ajuda de uma pinça para segurar os tecidos, cortou-se em redor de toda a lesão com muito cuidado, sobretudo por ser uma criança e também envolver a estética. Removeu-se a lesão de uma só vez, colocando-a em formol a 10%.

O fragmento cirúrgico foi encaminhado para o laboratório de anatomia patológica com a respectiva requisição devidamente preenchida com todos os dados relevantes para um correcto diagnóstico.(Anexo 1)

Suturou-se o lábio com um ponto simples com fio de sutura 3-0, ficando este bem fechado sem qualquer tipo de sangramento.

Foram dadas as devidas recomendações à paciente e à mãe da criança, (Anexo3) marcando nova consulta ao fim de 7 dias, para a remoção da sutura e controlo.

Indicações e medicação pós-operatória:

Colocação de um creme gordo na zona da excisão, para hidratar muito essa zona. Para evitar algum desconforto no dia da excisão, aconselhou-se a paciente a tomar um paracetamol suspensão.

Foram dadas as recomendações à paciente e à mãe, segundo o protocolo de cuidados pós-operatórios (Anexo 3)

Marcou-se nova consulta, a paciente volta após 7 dias para fazer controlo e remoção da sutura.

Possíveis complicações: Sendo a biópsia um procedimento cirúrgico, as suas complicações mais frequentes são as hemorragias, principalmente nos casos de difícil acesso. As infecções também podem ocorrer sobretudo quando o paciente não tem quaisquer cuidados, as quais podem ser evitadas através de assepsia.

Até à data da entrega do Relatório de Atividade Clínica não tive acesso ao relatório de anatomo-patológico, daí o facto de não constar aqui.

6. Discussão

Todos os casos clínicos foram estudados individualmente, analisando todos os parâmetros necessários para alcançar um diagnóstico objetivo e correto.

Uma anamnese bem elaborada é fundamental para se identificar a doença em questão.

Geralmente, o Médico Dentista deve iniciar a análise clínica através da recolha de um conjunto de informações necessárias para o diagnóstico. O exame intra e extra oral devem ser realizados cuidadosamente e minuciosamente. O exame físico geral é sempre indicado, avaliando o estado de saúde atual, assim como a história médica prévia e a história familiar.

Em alguns casos tem que se recorrer à biópsia para confirmação do diagnóstico inicial. O paciente deverá ser obrigatoriamente informado (consentimento informado), da necessidade da realização da biópsia.

Deve-se tranquilizar o paciente, esclarecendo-o acerca do procedimento realizado, e do objetivo deste, de modo a evitar ansiedade desnecessária do paciente.

Pode-se recorrer a 4 tipos de biópsia dependo do tipo de lesão apresentada: biópsia excisional, incisional, biópsia aspirativa normal e por agulha fina ou citologia esfoliativa.

Nos casos clínicos em que não é possível identificar a melhor localização para a realização da biópsia, a coloração inicial com azul de toluidina pode ser bastante útil. ⁽³⁸⁾.

No caso clínico 1, o paciente apresentava sintomatologia dolorosa no dente 22, com uma ligeira inflamação em redor deste dente. Era visível uma excrecênciaamelodentinária compatível com odontoma complexo do dente 22. Optou-se por se retirar essa excrecênciaamelodentinária, bem como um tecido mole existente por baixo da excrecência. Os fragmentos excisionados, foram enviados para o anatomico-patologista (biópsia), para assim podermos confirmar a suspeita de um odontoma complexo.(Anexo 2)

Tal não foi possível de confirmar, uma vez que a amostra recolhida era insuficiente para o diagnóstico de odontoma complexo. Neste caso o que se concluiu foi que existia um processo inflamatório agudizado.

A etiologia deste tipo de tumores odontogénicos – odontomas – é ainda desconhecida. (19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30; 31)

Antes os odontomas eram designados como neoplasias odontogénicas, (12) actualmente os odontomas são considerados como identidades nosológica. Actualmente o odontoma não é considerado como patologia neoplásica, mas sim como lesões hamartomatosas odontogénicas contendo tecidos dentários calcificados. (7, 12, 13)

São considerados sobretudo como estruturas de malformações, originando-se nos tecidos dentários ou seus elementos formadores. Na sua composição, encontramos tecido epitelial (esmalte) e tecido conjuntivo (dentina), que poderão organizar-se de forma a parecer um dente. (7, 12)

Raramente ocorrem em crianças, são mais comuns nos adultos a partir dos 25 anos, (7, 12, 13) ou seja, na segunda ou terceira década de vida em exames radiográficos. (21, 35, 36, 37)

Os odontomas são normalmente diagnosticados através de radiografias e são assintomáticos. Contudo, o seu diagnóstico pode ser sugerido por falta de erupção de um dente definitivo ou por provocar alterações na posição dos dentes adjacentes. Os casos mais exuberantes podem manifestar deformidades.

São classificados em dois tipos principais, os compostos e os complexos. Os odontomas compostos e mistos são normalmente mais frequentes na maxila na zona dos dentes anteriores. (7, 12, 13, 27)

Os odontomas complexos são menos frequentes (20, 32) são mais frequentemente encontrados na região dos pré-molares ou molares (zonas posteriores) da mandíbula (33, 34), raramente a dentição decídua é afectada, (2% dos casos). (7)

Os odontomas compostos são massas formadas por múltiplas estruturas discretas, pequenas, semelhantes a dentes, com tecidos dentários duros bem definidos, enquanto que os odontomas complexos são uma massa mais homogénea de diferentes tecidos dentários anómalos, desorganizados. Poderá algumas vezes, os dois tipos ocorrerem em simultâneo e neste caso a anomalia denomina-se como odontoma misto. ^(7, 12, 13)

O seu tratamento é individualizado, mas dever-se - á ter em conta que este tipo de lesões são de crescimento lento, não tendo comportamento agressivo. ⁽¹²⁾

A cirurgia é conservadora, enucleação, é a mais adoptada, embora existam lesões de grandes dimensões, a exérese é possível, uma vez que estes se descolam até com alguma facilidade. ^(7, 12)

Em algumas situações mais complicadas em que implique efectuar mandilectomia ou maxilectomia deve-se sempre ponderar muito bem os riscos e os benefícios, tendo também em consideração o tempo de evolução do odontoma, se foi de crescimento mais lento ou de crescimento mais rápido. ⁽¹²⁾

No caso clínico 2, a paciente apresentava-se com uma lesão vermelha (idêntica à cor da mucosa) de aproximadamente 8mm, não ulcerada, contornos regulares bem delimitados, móvel, pediculada, sem sintomatologia dolorosa, não sangrante. Suspeitou-se de um fibrolipoma, pelo aspeto, cor e localização. Optou por se fazer a excisão da lesão, seguindo o fragmento para análise no laboratório de anatomia patológica. (Anexo 4)

O resultado da biopsia veio positivo, ou seja o diagnóstico inicial confirma-se, Fibrolipoma.

No caso clínico 3, a paciente apresentava-se com uma lesão móvel, bem delimitada, volumosa, dolorosa, não sangrante, não pediculada, sem alteração da cor. Neste caso o diagnóstico inicial foi de um lipoma, pela localização, por ser móvel e mole à palpação. Igualmente como no caso clínico anterior optou por se fazer a excisão da lesão, seguindo também o fragmento para o laboratório de anatomia patológica. (Anexo 5)

O resultado da biópsia veio positivo, ou seja, o diagnóstico inicial também se confirmou mas para além de ser um lipoma, também era um fibroma, confirmou-se a presença de um Fibrolipoma, como no caso anterior apesar de ser em localizações diferentes e de terem algumas características diferentes.

O fibroma é o tumor mais comum na mucosa oral. ⁽⁷⁾ Normalmente é causado por factores traumáticos, tornando-se assim crónico. Tipicamente aparece na maioria das vezes na mucosa jugal, na língua ou na mucosa labial. Raramente se torna em neoplasia maligna. Na maioria dos casos, a lesão é uma hiperplasia reactiva focal do tecido conjuntivo. ^(7,13)

Este tipo de lesão, apresenta-se tipicamente como um crescimento indolor, bem delimitado, firme, sésil ou pediculado, apresentando uma superfície lisa de epitélio normal. Normalmente são lesões não sangrantes. ⁽¹⁴⁾

Na gengiva uma lesão similar é muitas vezes referido como um epúlido ^(15, 16) O tamanho pode variar entre 0,5cm a 2cm de diâmetro. A superfície ocasionalmente pode se tornar ulcerada pelo trauma. ^(7, 13)

A confirmação deste tipo de diagnóstico clínico, é obtido através da biopsia. Relativamente à histopatologia deste tipo de lesão, esta é caracterizada pela produção excessiva de tecido conjuntivo denso, colagenizado. O epitélio de revestimento é frequentemente delgado e hiperqueratótico. Pode ainda ser observada uma inflamação difusa e escassa. ^(7,13)

Podemos fazer um diagnóstico diferencial neste tipo de lesões com: neurofibroma, schwannoma, tumor de células granulares, lipoma, fibroma cemento-ossificante periférico e mucocele. ^(7,13)

O único tratamento possível é a remoção cirúrgica. ^(7,13)

Os lipomas são normalmente neoplasias incomuns da cavidade oral, que podem aparecer em qualquer região da mesma. Por vezes aparecem na língua, nas mucosas jugais, no pavimento da boca entre outros locais comuns. ^(10, 13)

Usualmente são constituídos por uma massa amarelada bem circunscrita, lobulada de células maduras, encontrando-se assim submucosos e normalmente são assintomáticos. ^(10, 13)

O epitélio subjacente está intacto, e os vasos sanguíneos superficiais são geralmente visíveis e evidentes ao longo do tumor. Podemos fazer um diagnóstico

diferencial neste tipo de lesões com: tumor de células granulares, neurofibroma, fibroma traumático e lesões de células salivares (mucocelo e tumor misto).⁽¹⁰⁾

O único tratamento possível é a remoção cirúrgica, e normalmente não apresentam recidivas.⁽¹⁰⁾

O fibrolipoma é a junção/união destes dois tipos de lesões, ou seja apresenta as características dos fibromas e dos lipomas em conjunto.

No caso clínico 4, o paciente apresentava-se com uma lesão vermelha, com cerca de 4cm, móvel, compatível com edema, dolorosa, não sangrante, não pediculada, endurecida e uma lesão branca, endurecida, com aproximadamente 1cm na zona do dente 33, não sangrante, dolorosa, contornos bem delimitados e não pediculada. Foi efectuado um diagnóstico inicial, estas lesões eram provocadas pela existência de 2 restos radiculares, ou seja, dentes 32 e 33, que se encontravam em contacto direto com a zona da ferida. Eliminou-se aquela que se pensava ser a causa que estaria a provocar aquele tipo de lesões, e que realmente se veio a confirmar.

As lesões por trauma, podem provocar úlceras traumáticas bem como delas poderão surgir complicações bastante graves.⁽⁸⁾

A ulcera traumática é uma forma de lesão mecânica, que se pode tornar em aguda ou crónica ^(7, 8) dependendo da duração existente, tal situação pode levar à perda de todas as camadas epiteliais.⁽⁸⁾

As úlceras traumáticas são uma das lesões mais comuns dos tecidos moles da cavidade oral. As lesões são consideradas traumáticas, uma vez que se originam devido a uma irritação mecânica, térmica, eléctrica ou química, existindo, portanto, uma relação causa-efeito. ^(9, 10)

O paciente pode também provocar úlceras traumáticas autoinfligidas, que podem ser causadas por escovagem inadequada e mordida pós-anestesia da língua e do lábio. ⁽¹¹⁾

A sua etiologia pode ser variável, podendo resultar de uma simples fratura de um dente ficando este pontiagudo, restaurações de amalgama mal adaptadas, trauma, de aparelhos ortodônticos, mordedura acidental durante a mastigação de alimentos, corpos estranhos pontiagudos, ou até mesmo uso incorrecto de material dentário.⁽⁷⁾

Raramente ocorre em crianças, exceto em casos em que a criança esteja anestesiada e não dê conta que se está a morder^(7, 11)

A localização mais comum é na língua, nas mucosas jugais, nos lábios, na gengiva ou no vestíbulo⁽⁷⁾

A úlcera traumática geralmente apresenta-se como uma ulceração única, com sintomatologia dolorosa, mal definida, com uma superfície lisa e bordos esbranquiçados e eritematosos.⁽⁷⁾

O tamanho normalmente é variável podendo ir de alguns milímetros a vários centímetros. Existe íntima relação entre a úlcera e o agente causal irritativo. A úlcera pode persistir por muito tempo, mas após a eliminação da causa cicatriza normalmente cicatriza entre os 7 e os 10 dias.^(7, 8)

O diagnóstico baseia-se na história e nas características clínicas.⁽⁷⁾

Se se pretender proceder à biópsia, o exame histopatológico será apenas para eliminar a hipótese de malignidade ou outras ulcerações mais específicas.⁽⁷⁾

Podemos fazer um diagnóstico diferencial neste tipo de lesões com: úlceras aftosas, gengivite e estomatite ulcerativa necrosante, granuloma eosinofílico, carcinoma espinocelular, sialoadenometaplasia necrosante.⁽⁷⁾

O tratamento possível, será a remoção dos factores etiológicos e controlar a sintomatologia.⁽⁷⁾

No caso clínico 5, a paciente de 11 anos de idade apresentava-se com uma lesão branca pediculada, com contornos bem delimitados, apresenta vilosidades de coloração branca, de forma oval, de aproximadamente 3mm, sem sintomatologia

dolorosa, não sangrante, de consistência duro elástica, rugosa ao toque, não infiltrada, compatível com um papiloma escamoso.

Optou por se fazer a biópsia para a confirmação do diagnóstico inicial, até à data não tive acesso ao resultado do relatório anátomo-patológico. Considerando que o diagnóstico inicial se confirma, o papiloma escamoso bucal é uma proliferação benigna relativamente comum do epitélio estratificado bucal. Presumivelmente o papilomavírus humano (HPV).⁽⁷⁾

Na cavidade oral, o HPV é agente etiológico de lesões benignas como o papiloma de células escamosas, hiperplasia epitelial focal, condiloma acuminado, líquen plano e a verruga vulgaris ou de lesões malignas como o carcinoma verrugoso.^(39, 40)

Em crianças é relativamente comum.⁽⁷⁾

A sua localização normalmente é no palato, úvula, língua, lábios e gengivas, o HPV 6 e 11 são os subtipos mais envolvidos.^(7, 40, 41, 42)

O seu crescimento é indolor exofítico, bem delimitado, geralmente pediculado, com as numerosas projecções digitiformes pequenas, características, tendendo a produzir uma superfície semelhante à couve flor. As lesões são geralmente brancas, mas podem ser avermelhadas ou de cor normal. O tamanho varia de alguns milímetros a 0,5-1,0cm de diâmetro. As lesões geralmente são solitárias, embora possam desenvolver-se em locais múltiplos. O diagnóstico, geralmente, é feito clinicamente.^(7, 18)

Relativamente à histopatologia é caracterizado por um epitélio estratificado escamoso queratinizado, proliferando em um padrão digitiforme com um eixo central delicado de tecido conjuntivo fibroso. Coilocitose das células epiteliais e graus variáveis de inflamação crónica no tecido conjuntivo podem ser observados.⁽⁷⁾

Podemos fazer um diagnóstico diferencial com uma verruga vulgar, condiloma acuminado, xantoma verruciforme e síndrome de hipoplasia dérmica focal.^(7, 18)

O único tratamento possível é a remoção cirúrgica.^(7, 18)

7. Conclusão

Esta formação no contexto clínico, permitiu-me uma vivência multifacetada da prática clínica, com participação activa nas actividades desenvolvidas em Medicina Dentária, o que tem crucial importância na aprendizagem e preparação para a prática da minha Medicina Dentária futura.

Permitiu-me uma melhor integração no contexto de Medicina Dentária, assim como um melhor conhecimento da rotina da mesma.

Descrevo a actividade clínica em Medicina Dentária, como fundamental na ajuda para adquirir e desenvolver aptidões necessárias à correcta abordagem do paciente, e a sua história clínica, nomeadamente a anamnese, o exame intra e extra oral, a colocação de hipóteses de diagnóstico, pedido fundamentado de exames complementares de diagnóstico, e a elaboração detalhada de um plano de tratamento e propostas terapêuticas adequadas, que permitiram um desenvolvimento progressivo da minha autonomia.

O acompanhamento contínuo dos pacientes que tratei com o auxílio do meu trinómio, e docentes que sempre se mostraram prontos a esclarecer as minhas dúvidas ou questões que eu achava pertinentes, a estimular o meu interesse clínico, com perguntas e sugestões de leitura de artigos ou livros, sobre vários temas, permitiu-me assim adquirir novos conhecimentos e consolidar outros adquiridos durante estes 5 anos.

Durante esta prática clínica também pude contactar com situações novas que acontecem na realidade, e que não se encontram nos livros.

Algumas dessas situações, referem-se por exemplo a questões monetárias, em que nós estudamos o caso clínico, propondo sempre ao paciente o melhor plano de tratamento, e as condições económicas do paciente não o permitem realizar o mesmo, o que é uma pena, mas esta é a realidade actual com que nós futuros Médicos Dentistas também teremos que conviver.

A frequência das urgências na Clínica Dentária da UCP, também me permitiram o desenvolvimento do raciocínio clínico e da capacidade de diagnosticar mais rapidamente, de modo a reconhecer as situações emergentes e assim respeitar os tempos de actuação terapêutica. Relativamente às urgências, saliento a colaboração de todos os docentes, que me ajudaram a esclarecer dúvidas, me fomentaram o espírito

crítico e me incentivaram o meu estudo, através da colocação de perguntas sobre as diversas patologias que fui observando.

No que se refere às atividades científicas desenvolvidas, como a elaboração de trabalhos de revisão, considero estes de extrema importância, desempenhando assim um papel relevante na sistematização e consolidação dos conhecimentos teóricos e práticos.

Gostaria ainda de salientar a disponibilidade do Prof. Dr. Rui Amaral Mendes, bem como dos restantes docentes, no auxílio e acompanhamento de diferentes tarefas, assim como na transmissão de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, permitindo assim que a minha formação académica durante este período tivesse sido possível e bem sucedida.

Através desta prática clínica, penso que acima de tudo, adquiri um novo sentido de autonomia e responsabilidade, sentindo-me assim capaz de assumir uma atitude mais crítica e reflexiva da realidade da Medicina Dentária, e enriquecer a minha cultura clínica no âmbito da minha formação médico-dentária.

8. Bibliografia

Bibliografia

1. Reis FL. Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha. Lisboa: Pactor; 2010
2. Azevedo, M. Teses. Relatórios e trabalhos escolares: sugestões para estruturação da escrita. Lisboa: U. Católica editora; 2001
3. Pereira, A.; Poupá, C. Como Escrever uma Tese, Monografia ou Livro Científico Usando o World. Lisboa: Edições Sílabo; 2008
4. Blanco, Esperanza L. Como Apresentar Relatórios. Lisboa: Editorial Estampa; 2000
5. Barker, Alan. Como preparar um relatório. Mem Martins: Lyon Multimédia Edições; 1996
6. Frada J. Novo guia prático para pesquisa, elaboração e apresentação de trabalhos científicos e organização de currículos. 1ª- edição. Lisboa: Produções Editoriais, Lda.; 2005
7. Laskaris G. Atlas colorido de doenças bucais da infância e adolescência. Porto Alegre/São Paulo: Artes Médicas Sul/Livraria Santos Editora; 2000 Pag.262
8. Esperanza-Gomez G, Llamas-Martínez S, BasconesMartínez A. *Lesions com perdida de substancia : Úlceras* in *Tratado de Medicina Interna*. 2005, Ariel: Barcelona. 40-3.
9. Bruce AJ, Rogers RS, 3rd, *Acute oral ulcers*. *DermotolClin* 2003 Jan;21 (1): 1-15.
10. Regezi JA, Sciubba JJ, Richard CJ in *Oral Pathology – Clinical Pathologic Correlations*. 2008, W. B. Saunders Company: Philadelphia. 143-180
11. Endo H, Rees TD, Hallmon WW, Kono Y, Kato T. *Self-inflicted gingival injuries caused by excessive oral hygiene practices*. *Tex Dent J*. 2006 Dec; 123(12): 1098-104.

12. Santos L, Teixeira L, *Oncologia Oral*. Lisboa:Lidel; Junho 2011; 165-166
13. Marx R, Stern D, *Oral and Maxillofacial Pathology- A rationale for Diagnosis and Treatment*. Quintessence publishing. 2003; 395- 396, 404, 678 679
14. M. Greenberg, M. Glick, *Burket's Oral Medicine- diagnosis and treatment*. Thenthedithion. Canada: BC Decker; 2003; (7): 139-141
15. Mac Leod RI, Soames JV. Epulides: a clinicopathologicalstdy of a series of 200 consecutive lesions . *BR Dent J* 1987; 163: 51-3.
16. Daley TD, Wysocki GP, WysockiPd, Wysocky Dm. The major epulides: clinicopatologica correlations. *J Can Dent Assoc* 1990; 56: 627
17. Strassburg M. ,Knolle G.. *Diseases of the Oral Mucosa A Color Atlas*. Germany: quintessense books; 1994.
18. RegeziJ. ,Sciubba J. , Jordan C. . *Oral Pathology: Clinical Pathology Correlations*. St. Loius: Elsevier Sciense; 2003pag 143-147
19. Andrade MS, Rocha AVS, Souza JA; Odontoma complexo na mandíbula. *RGO*. 1985; 33(3): 252-5
20. Martorelli FS, et al; Odontoma complexo na mandíbula – relato de um caso clínico associado a terceiro molar incluso atravessado pelo dentário inferior. 2004
21. Bordoni Jr, Contar COM, Sarot JR, Fernandez A, Machado MA; Multiple Compound Odontoma in the Jaw: case report and analysis of the Literature. *J. Oral MaxillofacialSurg*. 2008; 66 (12): 2617-20
22. Sebastián JVB, Salobreña AC, Fenoll AB, Urizar JMA, Diago M.P; *Medicins Oral*, Masson S.A. 1995; 489-500
23. Zoremchhingi Joseph T, Varma B Mungara J; A compound composite odontoma associated with unerupted permanent incisor – A case report. *J. Indian SocPedPrev Dent*. 2004; 22(3): 114-7
24. Jeyaraj WCP, Mohan ACSM; Dentigerous cyst of Mandible with Multiple Complex Odontomes. *MJAFI*. 2008; 64: 382-3
25. Leal RM, Jeunon FA; Odontoma: revisão de literature. *Cad. Odont. Belo Horizonte*. 1998; 1 (2): 49-57

26. Costa C, Ferreira ETT, Oliveira JX, Dutra MEP; Odontoma complexo da Maxila: relato de um caso. *Âmbito Odontológico*. 1995; 4: 23-6
27. D Tam MBBS et al; Compound odontoma causing airway obstruction of the newborn: a case report. *Department of Pathology Royal Children's Hospital, Brisbane, Queensland, Australia*. 2006; 120 (10) : 879-81
28. Delbem ACB, Cunha RF, Bianco KG, Afonso RL, Gonçalves TC; Odontomas in pediatric dentistry: report of two cases. *Journal ClinPediatry Dent*. 2005; 30 (2) : 157-60
29. Peixoto TS, Pinheiro SS, Novais EG, Athayde MR, Nascimento JS, Varandas ET; aspectos radiográficos e cirúrgicos de um odontoma composto: relato de um caso. *Revista da Faculdade de Odontologia de Anapolis*. 2001; 13 (2)
30. Sanchez OH, Berrocal MIL, Gonzalez JMM; Metanalysis of the epidemiology and clinical Manifestations of odontomas. *Med Oral Patol oral Cir Bucal*. Novembro 2008; 13 (11): 730-4
31. Sousa E, Silva CF, Boscolo FN; Odontoma complexo na mandíbula: relato de um caso clínico. *O.M*. 1991; 18 (5) : 16-18
32. ManojVengal MDS, Honey Aurora BDS, Suhoy Ghosh BDS, KeerthiLatha M Pai MDS; Large Eruption Complex Odontoma: a case report. *JCDA*. Março 2007; 73(2) : 169-72
33. Pires LS et al; Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. *Stomatos*. Janeiro 2007; 24 (13) : 21-29
34. Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ, Oral Anatomy Histology and Embriology, third edition. Mosby 2002. P. 101, 119, 125, 149-150, 168, 180, 290-302
35. Prata THC, Filho EM, Moraes LC, Cartilho CM; Odontomas: neoplasia ou anomalia do desenvolvimento? *Ver. Pós Grad*. 2003; 10 (2): 178-86
36. Cawson RA, Odell EW. *Essentials of oral Pathology and Oral Medicine*, 6th ed. Churchill Livingstone.
37. Ng KH, Siar CH; A clinicopathologic study of odontomas: Malaysian findings. *J. Nihon Univ. Sct. Dent*. 1997; 38 (4): 171-5
38. Scully C, Felix DH, *Oral medicine..update for the dental practitioner. Mouth ulcers of more serious connotation*. *Br Dent J*. 2005 Sep 24;199(6):339-43.
39. Xavier D, Bussoloti I, Carvalho J. frequency of Appearance of Human Papillomavirus (HPV) in Oral of Men With Anogenital HPV by a Molecular

- Technique. Arq, IntOtorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol 2007; 11(1):36-44
40. Therezita M.P.G Castro, Cícero E.R. Neto, Krysthiane A. Scala. Oral manifestations related to papillomavirus (HPV). Rev Bras Otorrinolaringol. Jul/ago 2004; 70(4):546-550
 41. Carlos R., Sedano HO. Multifocal papilloma vírus epithelial hyperplasia. Oral Med Oral Pathol 1994; 77:631-635
 42. Eversole LR, Laipis PJ. Oral squamous papillomas: detection of HPV DNA by situ hybridization. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 65:545-550
 43. Pequeno Larousse da Medicina. 1ª Edição. Lisboa: Didáctica Editora; 2005
 44. McDonald R., Avery D. Odontopediatria. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A; 2001
 45. Peterson L., E. Edward., Hupp J., M. Tucker. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 4ª Edição. Rio de Janeiro; Elsevier Editora Ltda; 2003
 46. Mondelli J. et al. Fundamentos de Dentística Operatória. 1ª Edição. São Paulo: Livrara Santos Editora Ltda; 2006
 47. Welsby P. História e Exame Clínico. 2ª Edição. Alges: Euromédice- Edições Médicas ; 2004
 48. Newman M., Takei H., Carranza F. Periodontologia Clínica. 9ª Edição. Rio de Janeiro: : Editora Guanabara Koogan S.A; 2004

9. Anexos

Anexo 1- Requisição do laboratório de anatomia patológica



LabHC
anatomia patológica, unip., lda

Dir. Técnica:
Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho
Contribuinte N.º 509 559 549

Rua Amor de Perdição, Lt. 2 - I - Viso Sul
Apartado 39 EC S. José - 3501-908 VISEU
Tel.: 232 436 614 - Fax 232 432 808
www.labhc-anatomiapatologica.pt
labhc@sapo.pt

REQUISIÇÃO DE EXAMÉ ANATOMO-PATOLÓGICO

Por favor preencher na totalidade

Nome _____	
Morada _____	
Localidade _____	Telefone _____
D. Nascimento ____/____/____	Profissão _____ Estado _____
Sist. de Saúde _____	Beneficiário N.º _____ Contribuinte N.º _____

Dados Clínicos _____

Exames anteriores _____

Produto a analisar / Local de Colheita _____

Meio de Fixação _____

Ginecologia: UM _____ Menopausa (Sim / Não): _____ Gravidez _____ THS / Contraceção _____

CITOLOGIA

Cervico-vaginal

Esfoliativa

Aspirativa

BIOLOGIA MOLECULAR

HPV

PCA3

Outros

HISTOLOGIA

Biópsia

Peça operatória

Entrega do resultado

Vem buscar Enviar ao Médico À Cobrança

Outros (Correio) Assinatura _____

Médico Requisitante

Dr. *(assinatura)* _____

Telefone _____ Data _____

VINHETA

Anexo 2 - Relatório Anátomo-Patológico- Caso Clínico 1



LabHC
anatomia patológica, unip., lda

Dir. Técnica:
Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Rua Amor de Perdição, Lt. 2 - I - Viso Sul
Apartado 39 EC S. José - 3501-908 VISEU
Tel.: 232 436 614 - Fax 232 432 808
www.labhc-anatomia patologica.pt
labhc@sapo.pt

Data de Nascimento: 28-03-1992

Telefone: 963582087

Data entrada: 08-01-2014

N.º: 97596

LUIS RAFAEL CORCEIRO DUARTE

6320 SABUGAL

Médico Requisitante: Prof. Dr. Rui Amaral Mendes

Produto: Tecidos peri-dentários

Exames anteriores:

Diagnóstico Clínico: Excrecência amelodentinária compatível com odontoma complexo no dente 22.

RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Descrição Macroscópica:

Recebeu-se para análise dois fragmentos no mesmo recipiente, um com 0,5 x 0,3 x 0,3 cm, irregular, branco e elástico e outro com 0,5 cm de maior eixo, branco e de consistência cálcica.

Descrição Histológica:

O primeiro fragmento é constituído por tecido revestido por epitélio pavimentoso estratificado irregularmente acantótico, intensamente infiltrado por células inflamatórias de padrão misto crónico-agudizado; o córion é fibrótico, densamente colagenizado e com intenso infiltrado inflamatório de predomínio histiocitário; muito focalmente e por entre o infiltrado inflamatório há pequenas esquirolas ósseas, acelulares. O segundo fragmento (estudado após descalcificação) é constituído por fragmento de dente com morfologia de dentina delimitada por muito escasso córion.

No seu conjunto, este material é insuficiente para o diagnóstico de odontoma complexo; é constituído, aparentemente, por tecidos peridentários envolvidos por intenso processo inflamatório crónico agudizado (excisão incompleta?)

Data de saída: 29-01-2014

Assinatura

Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Anexo3- Protocolo de cuidados pós-operatórios

- Ingestão de alimentos apenas entre 2 a 6 horas após o término da intervenção;
- Interpor entre as arcadas uma gaze estéril durante 30 minutos após a intervenção cirúrgica, exercendo pressão;
- Devem ser ingeridos alimentos muito líquidos;
- A dieta será, durante as primeiras horas , líquida ou semi-líquida, à temperatura ambiente ou ligeiramente fria;
- A mastigação deve ser feita para o lado contrário ao da ferida cirúrgica;
- alimentos irritantes devem ser evitados;
- Evitar fazer grandes esforços;
- Evitar expor-se a fontes de calor;
- aplicar gelo na face, o mais próximo possível da zona cirúrgica, durante as primeiras 24 horas (aplicações com duração de 10 minutos com intervalos de 15 minutos);
- nas primeiras 24 horas não bochechar,

Anexo 4- Relatório Anátomo- Patológico – Caso Clínico 2



LabHC
anatomia patológica, unip., lda

Dir. Técnica:
Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Rua Amor de Perdição, Lt. 2 - I - Viso Sul
Apartado 39 EC S. José – 3501-908 VISEU
Tel.: 232 436 614 – Fax 232 432 808
www.labhc-anatomiapatologica.pt
labhc@sapo.pt

Data de Nascimento: 18-12-1951

Telefone: 271496016

Data entrada: 20-01-2014

N.º: 97759

MARIA ALICE SILVA VAZ

BECO SAO MARCOS

ALDEIA VELHA

6320 SABUGAL

Médico Requisitante: Dr. Tinoco Torres Lopes

Produto: Mucosa Oral

Exames anteriores:

Diagnóstico Clínico: Ver relatório anátomo-patológico.

RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Dados Clínicos:

Lesão vermelha (idêntica à cor da mucosa) de aproximadamente 8 mm, não ulcerada, de contornos regulares bem delimitada, móvel, pediculada, sem sintomatologia dolorosa.

Descrição Macroscópica:

Peça operatória de configuração polipóide com 0,9 x 0,8 x 0,4 cm, revestida por mucosa lisa, mole, ao corte branca e lisa.

Descrição Histológica:

Formação polipóide, revestida por epitélio pavimentoso estratificado, acantótico, não displásico e córion preenchido por tecido conjuntivo-adiposo com vasos capilares ectasiados e congestionados; há infiltrado inflamatório ligeiro mononucleado, disperso.

O estudo histopatológico enquadra a lesão num FIBROLIPOMA.

Não há evidência de neoplasia maligna.

Data de saída: 29-01-2014

Assinatura


Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Anexo 5 - Relatório Anatomico-Patológico – Caso Clínico 3



LabHC
anatomia patológica, unip., lda

Dir. Técnica:
Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

Rua Amor de Perdição, Lt. 2 - I - Viso Sul
Apartado 39 EC S. José – 3501-908 VISEU
Tel.: 232 436 614 – Fax 232 432 808
www.labhc-anatomiapatologica.pt
labhc@sapo.pt

Data de Nascimento: 08-01-1943

Telefone: 925925037

Data entrada: 25-03-2014

N.º: 98748

JUDITE LOURENÇO GOMES

GUARDA

Médico Requisitante: Prof. Dr. Rui Amaral Mendes

Produto: Tecidos Moles

Exames anteriores:

Diagnóstico Clínico: Lesão móvel, bem delimitada, volumosa, dolorosa, não sangrante, não pediculada, sem alteração da cor. Compatível com lipoma.

RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Descrição Macroscópica:

Recebeu-se para análise dois fragmentos de aspeto semelhante com 1,3 x 1,0 x 0,6 cm e 1,0 x 0,6 x 0,6 cm, de consistência variável de mole a elástico e coloração de amarelo a esbranquiçado e fasciculado.

Descrição Histológica:

Tecido adiposo e muscular esquelético envolto em feixes de tecido fibrótico espesso, pouco vascularizado, com células pequenas de núcleos alongados e finos sem atipia nem figuras de mitose. O estudo histopatológico enquadra-se em fibrolipoma.

Data de saída: 27-03-2014

Assinatura _____

Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho

